

Avdeling Rena

Aleksander Aamodt Almås

&

Marthe Hauge Knutsen

# Bacheloroppgave i beredskap og krisehåndtering

## Koordinering i offentlig forvaltning

Coordination in public administration

Beredskap og krisehåndtering

2018

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA  NEI

## Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>4</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>5</b>
<b>Engelsk sammendrag (Abstract)</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1. Tema .....	7
1.2. Presentasjon av problemstilling.....	7
1.3. Om helse-Norges beredskap for pandemi .....	9
1.4. Avgrensning .....	11
<b>2. Teori</b> .....	<b>12</b>
2.1. Kommunikasjon .....	13
2.2. Avhengigheter og koordineringsmekanismer.....	14
2.3. Samordning.....	16
2.4. Koordinering som samlebegrep.....	18
2.5. Om smittebåren trussel .....	18
<b>Metode</b> .....	<b>21</b>
3.1. Forskningsmetode.....	21
3.2. Forskningsdesign .....	21
3.3. Intervju som datainnsamling .....	22
3.4. Validitet og reliabilitet.....	23
3.5. Ethiske spørsmål.....	27
3.6. Gjennomføring av intervjuene.....	27
3.7. Bearbeiding av data .....	28
3.8. Feilkilder.....	28
3.9. Respondenter .....	29
<b>4. Analyse</b> .....	<b>30</b>
4.1. Kommunikasjon .....	30
4.2. Avhengigheter og koordineringsmekanismer.....	32

4.3. Samordning.....	36
<b>5. Drøfting .....</b>	<b>39</b>
5.1. Kommunikasjon .....	39
5.2. Avhengigheter og koordineringsmekanismer.....	40
5.3. Samordning.....	42
<b>6. Konklusjon .....</b>	<b>44</b>
6.1. Veien videre.....	45
6.2. Forslag til videre forskning.....	45

## Forord

Etter tre år med studier ved Handelshøgskolen Innlandet, Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap avslutter vi med å presentere vår bacheloroppgave. Tre år innen fagområdet beredskap og krisehåndtering ved campus Rena. Prosessen med denne bacheloroppgaven har vært interessant, lærerik og krevende. Vi har fått satt tålmodigheten på prøve og kjent på hvorfor vi valgte nettopp denne problemstillingen. Samtidig har vi også synes at denne oppgaven har vært veldig spennende. Vi har selv styrt utviklingen og tatt oss god tid til utforming av problemstilling, innsamling av teori, metode, analyse og drøfting. Dette har også gitt oss nye opplevelser og lært oss om hvordan en oppgave på denne størrelsen kommer til live. Gjennom våre studier her har vi stiftet nye bekjenskaper som har gitt oss lærdom og vennskap.

Vi ønsker å rette en spesiell takk til våre informanter som har gitt oss muligheten til å skrive denne oppgaven med innsikt bare de kunne gitt oss. Oppgaven ville ikke blitt den samme uten deres velvillighet og åpenhet om eget arbeid. Vi ønsker også å takke vår veileder Tore Hafting, som har gitt oss grundig og kyndig veiledning gjennom hele oppgaven. Det har vært lærerikt og motiverende. Til slutt ønsker vi å takke hverandre for et flott samarbeid. Et kapittel er nå over, nye er på veg.

Mai 2018

Aleksander Aamodt Almås & Marthe Hauge Knutsen

## Sammendrag

Temaet for denne bacheloroppgaven er smittebåren trussel. Vi har valgt dette temaet for å belyse samfunnsvitenskapelige moment ved en tematikk og problemstilling vi ikke har mye sammenligningsgrunnlag med, og derfor ønsker å aktualisere. Vi har fokusert på koordinering, kommunikasjon, samordning og usikkerhet i smittevernsarbeidet som kommunalhelsetjenesten skal utføre ved eksempelvis en pandemi. I arbeidet med denne oppgaven har vi benyttet oss av et kvalitativt forskningsdesign og grounded theory for å undersøke temaets kjerne. Empirien vi bygger vår analyse på har vi hentet fra forskjellige kommuner i Norge og Helsedirektoratet. Med bakgrunn i dette formet vi problemstillingen:

- **Hvordan fungerer Helsedirektoratets rolle som koordinator for kommunehelsetjenestene ved smittebåren trussel eksemplifisert ved pandemisk utbrudd?**

Vi har brukt teori som grunnlag for å se på hvordan Helsedirektoratetsrolle som koordinator for kommunehelsetjenesten ivaretas. Denne teorien er hentet fra stoff fra pensumlister, litteratursøk og veileders anbefalinger. Vi har sett, både gjennom teori og analyse at koordinatorrollen tolkes forskjellig etter hvor i forvaltningshierarkiet vi befinner oss. Dette har ført oss inn på sporet om uklare linjer i rollefordelingen ved større hendelser som pandemiske utbrudd.

Metodisk har vi valgt et kvalitativt design med dybdeintervjuer av nøkkelpersoner vi mener har god kunnskap om fagområdet. Samtidig har vi benyttet oss av flere fremgangsmåter for å få informasjon om konteksten, via en mindre litteraturstudie og frisøk inn i tematikken pandemi.

I vår datainnsamling og analyse har vi funn som indikerer at det finnes uklare linjer mellom hvem som har ansvar for hva og hvem som praktisk løser oppgavene. Dette har vi sett som gjennomgående hos alle våre informanter. Dette forekommer også i teorien vi har lest. Ved hjelp av organisasjonsteori har vi sett på hvordan koordinering og avhengigheter gjenspeiler seg i organisasjonene vi har hatt kontakt med. Vi har også sett på forskjellige aspekter ved kommunikasjon mellom kommunehelsetjenestene, både i daglig virke og under en krisesituasjon. Fellesnevneren for våre funn er at rollene mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet er uklare.

## Engelsk sammendrag (Abstract)

The topic of the bachelor assignment is contagious threats. We have chosen this theme to learn about social sciences on a topic and issue we do not have much comparative basis with and want to actualize. We have focused on coordination, communication and uncertainty in the infection protection work which the municipal health service is to carry out in case of a pandemic event. When working with this assignment we chose to use a qualitative research design called grounded theory to look at the core of our subject. The empiricism we built our analysis from we got from municipalities in Norway and the Norwegian Directorate of Health. From this we got our main issue:

**- How does the Directorate of Health function as a coordinator for municipal health services when an event involving contagious threats occur exemplified by a pandemic outbreak?**

Based on theory we got from literature we laid the foundation from which we looked at how the role of the Directorate of Health as a coordinator is being maintained. This led us to the trail of unclear lines within the role distribution of events such as a pandemic outbreak.

We chose a qualitative design with in-depth interviews of key people that we believed to have great information because of their familiarity in the area. We also used several other methods for obtaining information on our theme through a minor literature study and research into the thematic of a pandemic event.

Our data collection and analysis showed us that there are unclear lines between who owns what responsibility and who actually solves the task within that area of responsibility. This has been a common aspect with all our informants. We have also seen this through several theoretical aspects. Through organizational theory about how coordination and dependencies are reflected in the organizations that we looked at. We also looked at different aspects within communication between the municipal health services, both on a daily and in case of an emergent situation. The common denominator for our findings is that roles within Folkehelseinstituttet and Helsedirektoratet were unclear.

## **1. Innledning**

### **1.1. Tema**

Temaet for vår bacheloroppgave er smittebåren trussel. Dette er et tema som vi har valgt på grunn av det potensielle alvorret ved en hendelse og et ønske om å sette mer fokus på, samt lære mer om dette. Blant dagens meningsbærere er ekstremisme, terrorisme, ekstremvær, cybertrusler og teknologiske innovasjoner i fokus. Smittebåren trussel eller pandemi blir dermed satt noe til side, til tross for at Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap i 2014 gjennom Nasjonalt risikobilde slo fast at pandemi er en av de fem scenarioene de ser på som bærer størst risiko for samfunnet. Dette på grunn av de enorme konsekvensene en pandemi vil ha, og på grunn av sannsynligheten for at et slikt scenario på et eller annet tidspunkt vil oppstå. Det var viktig for oss å velge et tema som begge hadde kunnskap om og nysgjerrighet for. Dette for å sikre at motivasjonen og interessen holdt seg oppe gjennom hele arbeidet med oppgaven.

Vi har også fordelen av å ha en historisk kontekst å se smittebåren trussel i. Ved starten av det 20. århundre ser vi tre store utbrudd av spanskesyken som krevde mellom 20 og 25 millioner liv. Denne pandemien krevde flere menneskeliv enn første verdenskrig (Wilton, 1993, s. 2037). Vender vi blikket mot det 21. århundre har noen eksempler som sitter friskt i minne. I 2009 erklærte Verdens helseorganisasjon (WHO) at svineinfluensa A(H1N1) var blitt en pandemi. I Norge ble det besluttet at det skulle tilbys massevaksinasjon som et tiltak mot viruset. I årene 2014-2015 opplevde vi ebola-epidemien, primært i noen afrikanske land. Denne epidemien ble aldri en pandemi, men spredde den likevel frykt i store deler av den vestlige verden (Centers for Disease Control and Prevention, 2016). Siden første sikre beskrivelse av en pandemi, i 1510, er det blitt konstatert 17 pandemier. Disse har inntruffet med mellom 10 til 30 års mellomrom (Mamelund & Iversen, 2000). Det vil si at pandemi har en historisk kontekst og derfor også en statistikk (og en statistisk kontekst) å vise til innenfor beredskapsplanlegging for den risikoen en slik hendelse bærer.

### **1.2. Presentasjon av problemstilling**

Vi startet i utgangspunktet med en relativ bred problemstilling der vi ville se på Helsedirektoratets rolle som koordinator for alle helsetjenestene som er påvirket under et pandemisk utbrudd. Etterhvert som vi begynte å arbeide med dette temaet fant vi raskt ut at vi måtte begrense denne problemstillingen for å få arbeidet vårt opp til den standarden som vi ønsket. Vi oppdaget også at en slik problemstilling ville tatt lang tid med tanke på innsamling

og analyse av data. Dette hadde blitt en for stor jobb for en gruppe på bare to personer. Vi valgte derfor å snevre inn vårt fokusområde på en av helsetjenestene vi hadde sett oss ut.

Problemstillingen vår ble dermed slik:

- **Hvordan fungerer Helsedirektoratets rolle som koordinator for kommunehelsetjenestene ved smittebåren trussel eksemplifisert ved pandemisk utbrudd.**

Underspørsmål:

- Hvordan vurderer kommunehelsetjenesten relasjonen mellom Helsedirektoratet og kommunene?
- Hvordan kommuniserer Helsedirektoratet med kommunene?

Denne delen av oppgaven omhandler og fokuserer på smittebårne trusler. Her har vi valgt å avgrense oppgaven ved å fokusere på pandemiske utbrudd. Den andre delen vil da fokusere på det organisatoriske ved problemstillingen. Dette vil da si hvordan Helsedirektoratet fungerer som koordinator. I denne delen vil vi se på organisatoriske faktorer som blant annet kommunikasjon og relasjoner mellom organisasjoner.

Vi skal nå operasjonalisere problemstillingen og definere nøkkelbegrepene vi har plukket ut av vår problemstilling. Operasjonalisering handler om å gi nøkkelbegreper mening i vår kontekst, samt gjøre problemstillingen forskbar ved å vise til hva som skal undersøkes (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016, s. 58). For vår del vil det si at vi nå skal definere noen av våre nøkkelbegreper. Andre nøkkelbegreper har vi av hensyn til flyt i teksten, og oppdeling av kapittel, definert senere i oppgaven.

**Pandemi:** En pandemi betegner et sykdomsutbrudd som rammer svært mange mennesker og sprer seg over store deler av verden. Begrepet brukes hovedsakelig om infeksjonssykdommer, og det er gjennom historien beskrevet en rekke pandemier av ulikt omfang, alvorlighetsgrad og varighet. (FHI, 2015) Dette er veldig likt et epidemisk utbrudd. Forskjellen er at et epidemisk utbrudd vil begrense seg til et mindre geografisk område. (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

**Koordinering:** *«Jo flere ulike spesialiseringer - spesialister, kontorer, avdelinger - vi finner i en organisasjon, desto større blir behovet for koordinering. I organisasjonsteoretiske termer sier vi at behovet for koordinering øker ved økende horisontal differensiering. Koordinering*



*kan derfor betraktes som en kostnad man må betale for å få spesialiseringsgevinstene som økende horisontal differensiering gir.» (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 83).*

### **1.3. Om helse-Norges beredskap for pandemi**

Ved et pandemisk utbrudd vil norske myndigheter ha forskjellige roller og ansvar som er hjemlet i to sentrale lover. Helseberedskapsloven og smittevernloven gir aktørene rammeverket for arbeidet som skal gjøres i forkant, under og etter et pandemisk utbrudd. Helseberedskapsloven § 2-1 forteller oss at den ansvarlige for en tjeneste skal håndtere tjenestetilbudet ved normaldrift og i krisesituasjoner. Samtidig pålegger helseberedskapsloven § 2-2 kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og staten å utarbeide beredskapsplaner for de helse- og sosialtjenestene som de er ansvarlige for. Smittevernloven skal sikre at helsemyndighetene setter i kraft nødvendige smitteverntiltak og samordner sitt smittevernarbeid med hverandre og andre sentrale aktører. Loven gir helsemyndighetene fullmakter til å iverksette tiltak for forebygging eller mot videre spredning. Eksempler på dette kan være karantene eller å hindre bevegelse mellom geografiske områder. Smittevernloven fastsetter roller og ansvar for kommunen, fylkeskommunen, Fylkesmannen, helseforetakene, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet.

I alt arbeid med beredskap er de fire hovedprinsippene: ansvar, nærhet, likhet og samvirke, styrende for norske myndigheters forvaltning. Vi vil derfor gå gjennom hva disse begrepene vil si i et beredskapsperspektiv:

**Ansvarsprinsippet:** *«Ansvarsprinsippet innebærer at hvert enkelt departement og den enkelte statlige myndighet har ansvaret for samfunnsikkerhet innenfor sitt område.»* (Fimreite, Lango, Lærgreid, & Rykkja L, 2014, ss. 17-18). Dette vil si at dersom det oppstår en krise innenfor et bestemt ansvarsområde, er det departementet eller den sektoren som har ansvaret for dette området til daglig som skal ha ansvaret under en krise eller en katastrofe. Det vil igjen bety at sektoren også må være forberedt på at en krise kan oppstå og i tillegg legge en plan for hvordan dette eventuelt kan løses.

**Nærhetsprinsippet:** *«Nærhetsprinsippet innebærer at kriser skal håndteres på lavest mulig nivå, og gir Fylkesmannen - og også kommunene - viktige oppgaver.»* (Fimreite, Lango, Lærgreid, & Rykkja L, 2014, s. 18). Det er viktig når man skal forstå nærhetsprinsippet at man legger vekt på at det skal håndteres på lavest mulig nivå. Dersom en krise er begrenset til en kommune sier nærhetsprinsippet at denne skal håndteres på kommunalt nivå. Dersom

krisen overgår det en kommune har ressurser til, kan det være at fagdepartement eller staten må kobles inn. Da blir staten det lavest mulige nivået man kan håndtere krisen på.

Likhetsprinsippet: «*Dette prinsippet innebærer at de organisasjonsformene man har under kriser skal være mest mulig lik de man opererer med til daglig.*» (ibid) Likhetsprinsippet kan forklares ved at en organisasjon skal under en krise skal, så godt det lar seg gjøre, opprettholde den originale strukturen. I praksis vil det si at de som håndterer arbeidsoppgavene ved vanlig drift, også skal håndtere krisen rundt de samme oppgavene. Dette prinsippet er innlemmet i krisehåndtering i Norge, fordi det lar de som har best mulig erfaring og kunnskap om den spesifikke delen i driften, også får håndtere driften under en krise. Man trenger derfor ikke å endre mye på oppsettet i organisasjonen eller overføre beslutningsmakt til nye etater eller mennesker som ikke har samme kompetanse.

Samvirkeprinsippet: «*Dette prinsippet er særlig knyttet til redningstjenesten og innebærer at alle offentlige etater som har egne ressurser for søk og redning, skal bidra i redningsarbeidet etter behov.*» (ibid). Dette prinsippet gjelder først og fremst offentlige etater som har en plikt til å stille sine ressurser til disposisjon når en ulykke eller en krise oppstår. (Furevik, 2012, s. 59). Det kan også gjelde private organisasjoner som stiller sine ressurser til disposisjon, men da er dette i så fall frivillig.

For denne oppgaven er det interessant å se på hvilke roller, ansvar og oppgaver kommunen og Helsedirektoratet har gjennom lovgivningen. Kommunens ansvar når det kommer til smittevern er forankret i loven som sier at kommunen skal yte nødvendig helsetjeneste til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen (Smittevernloven § 6-1). Kommunen skal også sikre innbyggere og besøkende gjennom forebyggende tiltak som muligheter for helseundersøkelser. Dette gjelder både dersom det er fare for smitte eller om de er syke eller har fysiske problemer. Kommunen skal også tilby behandling til de som måtte trenge det. Ved et pandemisk utbrudd vil kommunens ansvar også strekke seg til flere oppgaver:

- Vaksinasjon av befolkningen.
- Oversikt over arten og omfanget av sykdommen.
- Drive opplysning om smittsomme sykdommer.
- Gi råd og veiledning om forebygging og sørge for at individuelle forebyggende tiltak settes i gang.
- Vedta smitteverntiltak. Dette kan være portforbud, stenging av virksomheter eller reduksjon i kommunikasjon.

Videre kan kommunen pålegges andre retningslinjer av sentrale myndigheter. Et eksempel på dette kan være prioritering av mottakere ved bruk av vaksine eller kur.

Smittevernloven § 7-10 gir Helsedirektoratet flere fullmakter i sitt arbeid med smittevern. Det fremgår av loven at bestemmelsen skal anvendes der de tiltak kommunen på eget initiativ skal iverksette, ikke kommer i stand. Tiltak som går på tvers av kommunegrenser eller andre ensrettede tiltak, som krever rask gjennomføring for å være effektive, er et andre eksempel på hva Helsedirektoratet kan iverksette ved et pandemisk utbrudd. Direktoratet er også delegert overordnet ansvar for koordinering av helse- og omsorgssektorens innsats for å sikre iverksettelse av nødvendige tiltak når en krisesituasjon truer eller har inntruffet (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013, s. 45).

#### **1.4. Avgrensning**

Vår oppgave begrenser seg til kommunehelsetjenestene som samarbeider med Helsedirektoratet. Den blir videre avgrenset ved at vi spesifikt ser på koordineringen mellom disse aktørene ved smittebærende trusler, eksemplifisert via et pandemisk utbrudd. Vi har valgt bort å bruke planverk og beredskapsplaner i selve analysen, men kun fokusere på informasjonen som er innhentet gjennom intervjuer. Vi vil fokusere på de enkelte kommunenes erfaring ved koordinering fra Helsedirektoratet og se om dette endrer seg fra kommune til kommune. Planverk og beredskapsplaner vil fungere som en referanse til erfaringene fra intervjuobjektene.

Norske kommuner vil naturlig ha ulike beredskaps- og krisehåndteringsevne. De vil også ha forskjellige utfordringer som følge av ulike typografi, størrelse, bebyggelse og ressurser. Dette er noe vi er klar over og har tenkt på, men ikke kommer til å vie spesielt stor plass i oppgaven vår, da beredskaps- og krisehåndteringsevnen ikke er det vi har valgt å undersøke i denne omgang.

## 2. Teori

For å få et klart bilde av hvordan Helsedirektoratets rolle som koordinator av kommunehelsetjenesten i arbeidet med pandemiske utbrudd fungerer, ønsker vi å belyse dette ved hjelp av en litteraturstudie. Her skal vi sette oss inn i konteksten og sikre at vi har teori som vi kan kategorisere sammen med dataene vi skal hente inn via intervju. Vi har plukket ut flere sentrale områder vi har identifisert gjennom problemstillingen vår.

Vi starter med organisasjonsteori om koordinering. Dette er teori fra et stort forskningsområde, og vi har valgt ut litteratur fra det vi kan se på som klassikere, samt nyere forskning på området. Vi ønsker også å belyse problemstillingen ved hjelp av teori om hvordan en pandemi kan utfolde seg. Dette er et snevrere forskningsfelt som bygger på forskning fra tidligere tilfeller av pandemiske utbrudd. Siden vi ser på den samfunnsvitenskapelige delen av en pandemi vil det tidligere forskningsgrunnet som vi har å gå etter være en smule svakt. Vi vil også se på avhengigheter og koordineringsmekanismer for disse avhengighetene. Til dette vil vi bruke Malone & Crowston (1993) og hans syn på koordinering og hvordan koordinering er styring av avhengighetene, samt Bouckaert, Peters & Verhoest (2010) sitt syn på koordinering i offentlig sektor. Videre vil vi belyse koordinering gjennom samordning. Dette vil vi bruke Fimreite, Lago, Lærgreid & Rykkja (2014) og Hjertø (2015) til. Vi ønsker også å se på kommunikasjon mellom direktoratet og kommunen, og dette vil vi bruke Kaufmann & Kaufmann (2015), Jacobsen & Thorsvik, (2013) og Hafting (2017) til. Smittebærende hendelser som pandemier fører oss også til begrepet usikkerhet. Vi vil forsøke å belyse usikkerheten en slik hendelse bærer med seg i et samfunn som er koblet tett sammen ved hjelp av Ulrich Beck (1997). Samtidig ønsker vi å benytte oss av nasjonale planverk for helseberedskap og smittevernloven for å forstå konteksten vi skal jobbe i.

Litteraturen vi har valgt å bruke har vi funnet ved hjelp av beredskap- og krisehåndteringsstudiet sitt pensum, frie litteratursøk i databasene Oria, Brage og Google Scholar, samt anbefaling fra veileder. Av pensum fra dette beredskap- og krisehåndteringsstudiet finner vi Fimreite, Lago, Lærgreid & Rykkja (2014), Kaufmann & Kaufmann (2015), Hjertø (2015), Jacobsen & Thorsvik (2013) og Snook (2002). Gjennom litteratursøk kom vi frem til Bouckaert, Peters & Verhoest (2010), med søkeordene

«coordination in public administration» og med treff nummer to fant vi boken til Bouckaert, Peters & Verhoest. Søket ble gjennomført 10 desember 2017. Malone & Crowston (1993) kom vi fram til ved hjelp av søkeordene «Malone coordination theory» og med treff nummer fire. Dette søket ble gjennomført 18. desember 2017. Mintzberg (1980) kom vi frem til via søkeordene «Mintzberg Coordination mechanisms» og med treff nummer én kom vi frem til denne artikkelen. Det var ved hjelp av veileder vi kom på sporet av Ulrich Beck og hans syn på usikkerhet i dagens samfunn.

## 2.1. Kommunikasjon

Kommunikasjon spiller en stor rolle hva angår både beredskapsarbeid, krisehåndtering, samordning og koordinering. I boken “krisehåndtering” pekes det på at det under en krise oppstår et større behov for informasjon. Dersom det ikke blir håndtert det kan føre til en kommunikasjonskrise. Dette er en krise på toppen av den utløsende krisen, som i tillegg til å være et problem i seg selv, også gjør det vanskeligere å løse den originale krisen. Det er også et større behov under kriser for at informasjonen skal være korrekt og relevant siden handling ut ifra den informasjonen som blir gitt, ofte blir igangsatt raskere og har derfor mindre rom for feil. (Hafting (red), Kaptittel 1, 2017, ss. 30-31).

*«Kommunikasjon i organisasjoner kan defineres som en kontinuerlig prosess hvor medlemmene opprettholder og forandrer organisasjonen gjennom å kommunisere med individer og grupper av mennesker både internt og eksternt.»* (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 280).

Denne kommunikasjonen er en prosess og kan være både verbal og nonverbal. Verbal er det man vanligvis uttrykker muntlig, men kan i denne sammenhengen også brukes om skriftlig kommunikasjon, fordi denne ses på som veldig direkte. Nonverbal kommunikasjon er det du formidler uten å bruke ord. Eksempler på nonverbal kommunikasjon kan være toneleie eller kroppsspråk og en slik nonverbal kommunikasjon kan ha mye å si for hvordan budskapet blir oppfattet. Kommunikasjon kan gå gjennom forskjellige kanaler og være både intern og eksternt. Intern kommunikasjon vil i dette tilfellet være den kommunikasjonen som foregår innad i den enkelte organisasjonen, mens den eksterne kommunikasjonen vil være de kommunikasjonskanalene som strekker seg ut av organisasjonen til for eksempel andre organisasjoner eller enkeltmennesker av interesse (Jacobsen & Thorsvik, 2013, ss. 280-292).

Kommunikasjonsprosessen handler om hele prosessen fra et budskap blir sendt fra en eller flere sendere til det er mottatt og forstått av mottakeren. Når man snakker om en samtale mellom to kolleger fra samme organisasjon kan kommunikasjonsprosessen være relativt kort. Den kan derimot bli utvidet når man bruker andre kommunikasjonskanaler som for eksempel e-poster eller sosiale medier. Kommunikasjonskanaler vil da si alle de kanalene man kan kommunisere gjennom. I denne oppgaven skal vi fokusere på den verbale, eksterne kommunikasjonen mellom Helsedirektoratet og kommunene, og den interne kommunikasjonen innad i organisasjonene. Vi kommer hovedsakelig til å fokusere på den verbale kommunikasjonen, altså det som blir sagt eller skrevet, siden den nonverbale kommunikasjonen er vanskelig å måle (Jacobsen & Thorsvik, 2013, ss. 280-292).

Dersom vi skal gå utelukkende ut ifra direktiver, retningslinjer, planverk og lignende ser vi at den kommunikasjonen som går fra Helsedirektoratet til kommunehelsetjenestene og vice versa er det vi kan kalle formell kommunikasjon. Denne kommunikasjonen består av budskap som er offisielle, altså rapporter, direktiver og lignende som sammenfaller med formell myndighetsstruktur. Denne informasjonen vil gå innenfor de formelle nettverkene, altså kommunikasjonskanaler som er innrettet mot den oppgaveorienterte typen av formidling. Disse holder seg til de autoritets- og kommandolinjer som er opptrukne. I tillegg til disse vil vi se om det også finnes en stor andel av uformell kommunikasjon mellom flere individer, organisasjoner eller etater som skal samordnes. Dette fordi det innad i organisasjoner ofte eksisterer betydelige mengder med informasjon som blir delt via uformelle kommunikasjonskanaler. Denne kommunikasjonen er den spontane kommunikasjonen som ofte ikke følger kommandolinjer eller organisasjonskart og kan vise seg å være svært betydningsfull. (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 410).

## **2.2. Avhengigheter og koordineringsmekanismer**

Koordineringsbegrepet kan i vår kontekst forstås som todelt. I en organisasjon handler det om tilrettelegging for samarbeid med arbeidsoppgaver og spesialiseringene innad i en organisasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 80). En organisasjon bygger på flere dimensjoner av spesialisering og koordinering. En organisasjons leveranse er summen av det resultatet flere spesialiserte oppgaver ble koordinert og ledet til. Det vil si at en organisasjon har behov for spesialiserte arbeidsoppgaver for å være effektive, men denne spesialiseringen krever tiltak i form av koordinering og ledelse for å føre frem til det produktet eller leveransen organisasjonen skal produsere. Den andre delen av koordinering finner vi igjennom team.

Dette tolkes av Malone & Crowston som «*Coordination is managing dependencies between activities*» (Malone & Crowston, 1993, s. 5). Vi kan med dette si at koordinering springer ut av behovet for å samordne innsatsen mellom forskjellige avhengigheter og at uten avhengigheter ville vi hatt lite å koordinere. Team forstås som en arbeidsgruppe hvor medlemmene er gjensidig avhengig av hverandre og har et felles ansvar for produktet de skal levere (Hjertø, 2015, s. 26). Dette fører oss over til avhengigheter. Jacobsen & Thorsvik forklarer avhengigheter som forholdet mellom deloppgaver i organisasjonen eller teamets hovedarbeidsoppgave (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 112). Vi kan dermed si at koordinering av avhengigheter er ledelse av deloppgavene en organisasjon eller et team skal utføre, mens koordinering på et overordnet organisasjonsnivå forsøker å koordinere hele driften frem mot leveransen av det produktet man skal levere.

Denne definisjonen av koordinering gjør det mulig å kategorisere de forskjellige avhengighetene for deretter å kunne identifisere hvilke mekanismer som kan styre disse avhengighetene. Malone & Crowston (1993) lister opp forskjellige avhengigheter og eksempler på hvordan disse kan koordineres. Disse avhengighetene kan vi dele inn i tre kategorier:

- Delte
- Sekvensielle
- Gjensidig avhengige

Delt avhengighet er avhengighetene hvor aktivitetene eller arbeidsoppgavene deler eller produserer felles ressurser, men ellers er uavhengige av hverandre. Sekvensielle avhengigheter er avhengigheten mellom oppgaver som må løses før andre teammedlemmer kan begynne på sine oppgaver (Mintzberg, 1980, s. 324). Gjensidig avhengighet er den mest komplekse fordi her er teammedlemmene gjensidig avhengig av at oppgaver blir løst og krever at teammedlemmene kommuniserer med hverandre for å løse oppgavene (Snook, 2002, ss. 152-154).

Ser vi til Bouckaert, Peters & Verhoests arbeid med koordinering i offentlig sektor ser vi tre hovedkategorier av mekanismer som kan styre avhengighetene.

Hierarkiskkoordineringsmekanisme (HTM), markedskoordineringsmekanisme (MTM) og nettverkskoordineringsmekanisme (NTM). HTM referer til et sett av koordineringsmekanismer som er basert på autoritet og dominans. Dette inkluderer regler, og

tildeling av arbeidsoppgaver og ansvar som igjen fører til muligheten for direkte kontroll og ansvar for området man arbeider i (Bouckaert, Peters, & Verhoest, 2010, ss. 36-40). Dette kan vi knytte til avhengigheter som vi ser på som sekvensielle. MTM er basert på konkurranse og utveksling av kunnskap mellom aktører med mål om å skape intensiv for god måloppnåelse. Ved å samle produsenter og kjøpere kan man regulere avhengighetene med prismekanismen (Bouckaert, Peters, & Verhoest, 2010, ss. 41-43). Dette kan vi relatere til delte avhengigheter mellom ledd i en kjede for å løse en oppgave. NTM er basert på gjensidig avhengighet mellom medlemmene i en organisasjon, et team eller en kjede. Her søker man å skape felles kunnskap, verdier og strategier mellom partnerne og kan koordineres ved at det etableres gjensidig tilpasning til den gjensidige avhengigheten man har (Bouckaert, Peters, & Verhoest, 2010, ss. 43-49).

For vår problemstilling er det et poeng å se på hvilke mekanismer som er mest relevant for norsk helseberedskap og spesielt for kommunalhelsetjenesten.

Markedskoordineringsmekanisme (MTM) er en mekanisme vi ser for oss kan være relevant for norske myndigheters anskaffelse av legemidler. For smittebårne trusler vil dette bety vaksiner. Nettverkskoordineringsmekanisme (NTM) er en koordineringsmekanisme vi kan tenke oss er relevant internt i organisasjonene for å koordinere kompetanse om en problemstilling og eventuelt øke kompetansen man har på et område. For håndtering av en smittebåren trussel som pandemi, kan det virke som en hierarkiskkoordineringsmekanisme (HTM) er mekanismen som er mest relevant i vår kontekst. Dette er fordi norsk forvaltning er hierarkisk oppbygget, og fordi de forskjellige aktørene innenfor forvaltningen har ansvar for forskjellige områder. Et eksempel er at kommunen ikke bare har ansvar for sine egne innbyggere men også enhver som oppholder seg innenfor kommunegrensene.

Helsedirektoratet har også et ansvar for innbyggerne, men på et mer overordnet plan.

Gjennom regler og tildeling av arbeidsoppgaver kan direktoratet ha innvirkning på avhengigheten mellom innbyggerne og kommunen. Denne formen for koordinering er noe av det vi forventer å se mest av hos informantene våre, fordi den ligger tett oppunder den styringsmodellen som norsk forvaltning benytter seg av.

### **2.3. Samordning**

Samordningsbegrepet er sjeldent klart definert. For å forstå begrepet må vi dele det inn i flere dimensjoner. Samordning dreier seg i stor grad om organisering for å knytte sammen kapasiteten til ulike offentlige organisasjoner for å håndtere nye og uforutsette problemer og



kriser (Fimreite, Lango, Lærgreid, & Rykkja L, 2014, s. 23). Dette bringer oss til begrepet betinget samordning, innenfor samfunnsikkerhetsfeltet. Betinget samordning innebærer å sikre godt samarbeid mellom ulike forvaltningsnivåer, offentlige organisasjoner, myndigheter og ansatte i offentlig sektor for å håndtere kritiske problemer som kan oppstå sjeldent eller bare én gang (ibid). Samordningsbegrepet er delt inn i horisontal og vertikal samordning. Horisontal samordning er samordningen mellom politikkområder eller sektorer på samme nivå i det hierarkiske systemet. Et eksempel på dette er samordning mellom Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Vertikal samordning vil dermed være sektorbasert samordning mellom ulike hierarkiske nivåer. Et eksempel på dette vil være mellom direktorat og kommune (Fimreite, Lango, Lærgreid, & Rykkja L, 2014, s. 23). Intern samordning gjelder samordning mellom virksomheter i ulike sektorer innenfor staten eller forvaltningen. Eksternt gjelder det samordning mellom offentlige myndigheter og forskjellige frivillige eller private aktører (Fimreite, Lango, Lærgreid, & Rykkja L, 2014, s. 129). Hovedpåstanden til Fimreite, Lango, Lærgreid og Rykkja er at samordningen er svak på tvers av sektorer og nivåer i offentlig forvaltning. Dette krediteres til at ansvarsprinsippet går foran samvirkeprinsippet i norsk forvaltning.

Øvelser er en av arenaene beredskapsaktørene i dag kan utøve samordning vertikalt og horisontalt. Øvelsesteorien forteller oss at øvelser skal gi hele eller deler av organisasjonen kompetanse og trygghet i å håndtere unormale hendelser og kriser. Samtidig er det verdifullt for å teste planverk, policy, utstyr, samarbeid og kommunikasjonskanaler (Løvik, 2017, s. 19). Det å bli kjent med organisasjonene man øver med er også en verdi Løvik trekker frem som en effekt øvelser kan gi organisasjoner. Gjennom planlegging, gjennomføring og evaluering av øvelser har både spillstaben, altså de som planlegger øvelsen, og main training audience, altså de som skal øves, utbytte av å kjenne til hverandres planverk og rutiner samt bli kjent med de man skal jobbe med (Løvik, 2017, ss. 25-26). Videre hevder Løvik at mange beredskapsaktører kan ha stor nytte av mindre øvelser. Det er flere grunner til dette. Det første som trekkes frem er kostnadsaspektet, det er stykkevis billigere å arrangere mindre øvelser med et snevert scenariefokus, mindre mannskap og mindre tid. Samtidig er det lettere å evaluere dette og dermed få en styrket læringseffekt (Løvik, 2017, s. 27). Hvis vi ser dette i et samordningsperspektiv er denne formen for øvelsesfokus negativt. Mindre øvelser med mindre mannskap og tid vil ikke styrke den horisontale eller den vertikale samordningen, siden kommuner, etater og andre beredskapsaktører har behov for å kjenne til hverandres planer, rutiner og mannskap.

## 2.4. Koordinering som samlebegrep

Koordinering kan i et krisehåndteringsperspektiv ses på som et samlebegrep for metoder og mekanismer organisasjoner bruker for å bedre samarbeid. Koordinering i seg selv har vi definert som det å styre avhengighetene mellom aktiviteter. I praksis vil dette bety at en situasjon krever handling fra flere parter. Dette krever vilje til å dele informasjon på tvers av organisasjonslinjer, kommunikasjon og regler som strukturerer samarbeidet og fremmer informasjonsflyt mellom organisasjonene (Hafting (red), Kaptittel 1, 2017, s. 34). Dette løses på forskjellige måter. I norsk forvaltning har vi samvirkeprinsippet som skal være et styrende prinsipp for alt beredskap- og krisehåndteringsarbeid. Det betyr at samordning er pålagt beredskapsorganisasjonene og skal sikre at organisasjonene planlegger, håndterer og evaluerer i tråd med hverandre for å utnytte ressursene på en så effektiv måte som mulig (Hafting (red), Kaptittel 1, 2017, s. 35). Vi kan dermed si at samordningen forsøker å dekke både reglene for strukturering av samarbeidet og informasjonsflyten som begge ble beskrevet som vilkår for å lykkes med koordinering i kriser. De to andre betingelsene for god koordinering vil dermed ikke være dekket av pålegg, men snarere av et samarbeid basert på frivillighet. En av grunnene til at disse betingelsene dekkes av frivillighet er ansvarsprinsippets tyngde i norsk forvaltning. Kriser går ofte på tvers av sektorer og ansvarsforhold og det er her frivillig samarbeid mellom organisasjoner kan sikre god informasjonsdeling og kommunikasjon.

## 2.5. Om smittebåren trussel

En smittebåren trussel er som regel en sykdom. Dette er en sykdom som er forårsaket av en mikroorganisme, en del av en mikroorganisme eller en parasitt som kan overføres mellom mennesker eller fra dyr til mennesker. (Smittevernloven, 1994, § 1.3)

Hvordan man skal håndtere dette blir ofte satt av planverk og forskrifter som i stor grad er utarbeidet fra smittevernloven. Denne loven gjelder enhver som oppholder seg i Norge og har som formål å:

*«Verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land.»* (Smittevernloven, 1994, §1.1 og §1.2)

Når vi nå snakker om smittebåren trussel har vi valgt å fokusere på et samfunnsvitenskapelig perspektiv. I dette perspektivet er usikkerhet en stor faktor på grunn av naturen til slike

hendelser. Dette er trusler som ofte er vanskelige både å forutse når og hvordan de kan komme. Dermed er de også vanskelig å håndtere. Smittebårne trusler er derfor også vanskelig å forberede seg på, noe som øker graden av usikkerhet som finnes ved et slikt utbrudd. Denne usikkerheten er ikke statistisk, men forankret i at det er vanskelig å planlegge for hendelser man ikke vet om vil inntreffe eller ei en annen gang i fremtiden. I tillegg finnes det også tilfeller der smittebårne trusler har forårsaket mye skade på verdensbasis. Dette gjør at vi som samfunn har en underliggende redsel for at det skal komme en ny sykdom som kan forårsake like mye, om ikke mer, skade. En faktor som øker denne usikkerheten er at man med rimelig stor sikkerhet kan si at det kommer til å komme flere utbrudd av smittebårne trusler, man kan bare ikke si noe om når det kommer. Man skal derfor forsøke å forberede seg på en hendelse der man hverken vet hvordan vil utarte seg eller når den eventuelt inntreffer. Et eksempel på en slik redsel er utbruddet av sykdommen ebola i 2014, der det hardest rammede området var i Vest-Afrika. Til tross for at sjansen for å bli smittet av ebola i vestlige land var og er minimal, var det mye redsel og til dels også panikk for at sykdommen skulle emigrere fra Afrika til Europa. I den vestlige verden, der vi også har bedre smittevern og medisiner, hadde sykdommen muligens heller ikke hatt like stor dødelighet. Likevel oppsto det et frykt-kaos på grunn av sykdommen som herjet i en annen del av verden. Dette er den usikkerheten og frykten som er en del av trusselen. (Helsebiblioteket, 2015).

Ulrich Beck, en tysk sosiolog som arbeidet som professor i sosiologi ved Universitetet i München, har en posisjon som en av etterkrigstidens mest innflytelsesrike samfunnsteoretikere. Han skrev i sin kanskje mest kjente artikkel, “Risikogesellschaft”, om rikdoms- og risikofordelingens logikk. Altså en teori som sier at jo mer samfunnet produserer av rikdom, vil det også i samme økende tempo produsere mer risiko for dette samfunnet (Beck U. , 1997, s. 27). Dette førte til at man måtte finne nye løsninger på problemer som aldri hadde oppstått før, som risikosamfunnet, et relativt nytt begrep, førte med seg. Man måtte nå tenke på hvordan man skulle forhindre eller forminske risikoer og trusler som de fremskredne moderniseringsprosessene brakte med seg (Beck U. , 1997, s. 27). Beck snakker også i boken *World Risk Society* om betydningen politikk vil ha for et samfunn. Hans teori her er at all risiko er avhengig av avgjørelser. En politisk avgjørelse kan derfor senke eller øke graden av usikkerhet i enkeltsituasjoner. (Beck, 1999, ss. 73-74) En hendelse som viser dette er flommen i Østerdalen i 1995. Her påpekes det hvordan kommunene langs Glomma hadde uavhengig av hverandre valgt å disponere arealene som lå langs vassdraget som en av de bakenforliggende sosiomaterielle årsakene til at flommens omfang ble slik den ble. Dette er et

kost-nytte-eksempel der politikere valgte å bygge på flomutsatte områder til tross for at dette kunne forverre en kommende flom. Dette økte da usikkerheten med tanke på omfanget av en eventuell fremtidig hendelse i Østerdalen (Hafting, Kapittel 5, 2017, s. 516).

Vi kan fra Becks teori trekke paralleller til Norge som et risikosamfunn. Vi har en svært fremskreden modernisering, med tanke på bruken av teknologi og de tette koblingene som eksisterer innad i samfunnet. Før teknologien var de fleste småsamfunn mer eller mindre i stand til å klare seg selv på grunn av den geografiske utfordringen det er å drifte ting som sykehus og lignende i et langstrakt land krevde det. I dag har vi ved hjelp av moderne teknologi, bedre infrastruktur og lignende, endt opp med et land som er avhengige av å samarbeide over store avstander. Dette fører til at vi som samfunn er i stand til å takle større utfordringer, men fører også med seg en større risiko og derfra også denne nevnte usikkerheten. Usikkerheten i perspektivet om en smittebåren trussel ligger i at et pandemisk utbrudd ikke bare vil ramme helsesektoren som vil sprengre sin arbeidskapasitet, men også at alle andre sektorer vil kunne rammes. Flere syke og folk som er ute av stand til å gjøre jobbene sine vil kunne forplante feil gjennom de avhengige tjenestene våre og sette kritisk infrastruktur som for eksempel jernbane, telekommunikasjon eller strømproduksjon ut av spill over en lengre periode. Usikkerheten ligger i om man klarer å ta inn over seg, i planer og øvingsprosesser, hvor omfattende en større smittevernshendelse som en pandemi kan være for et land med tette koblinger som vi har i Norge.

## Metode

### 3.1. Forskningsmetode

Denne oppgavens art har medført at vi har valgt en kvalitativ studie. Dette fordi vi ønsker å undersøke hvordan Helsedirektoratet koordinerer den kommunale helsetjenesten, ser vi det som nyttig å gå i dybden ved å intervju Helsedirektoratet og de som skal koordineres. Kvalitativ metode er en vitenskapelig metode for å avdekke hvorfor noe skjer. Denne metoden forsøker å forklare og forstå hvordan mennesker oppfatter verden og relasjonene rundt mennesket. Det vil si at vi bruker kvalitativ metode for å uttale oss spesifikt om sosiale mønstre innenfor avgrensede områder. Dette skjer gjennom intervju eller observasjon (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016, s. 95). Ved å velge kvalitativ metode har vi tatt et aktivt valg om ikke å ta i bruk kvantitativ metode som ønsker å kartlegge at noe skjer gjennom å undersøke en problemstilling ved hjelp av innsamling av store tallmateriale som, for eksempel spørreundersøkelser eller meningsmålinger for så å analysere dataene og trekke konklusjoner ut av resultatene (ibid).

Ved å benytte kvalitativ metode får vi rom til for å forstå hvordan hendelser og erfaringer har formet fagområdet for de som er involvert i beredskapen som finnes ved pandemiske utbrudd i dag. Styrken ved kvalitativ metode ligger i nettopp det at metoden gir intervjuobjektene mulighet til å komme med tilleggsinformasjon, og vi som utfører intervjuene muligheten til å følge opp spørsmålene for å avdekke mer av problemstillingen. Samtidig må vi anerkjenne svakhetene ved kvalitativ metode som blant annet er at man ikke kan statistisk generalisere og se tendenser som gjenspeiler seg, fordi utvalget sjeldent er representativt, samt at det er tidkrevende å intervju i stor skala.

Vi vil innenfor denne metoden bruke en eksplorativ tilnærming. Det vil si at vi har som formål å utforske forhold som er mindre eller helt ukjente. I dette tilfellet finnes det lite konkret materiale direkte tilknyttet vår problemstilling og vi har derfor som et delmål å undersøke om det finnes problemstillinger innenfor temaet som vil være nyttig å se nærmere på i fremtiden (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016, s. 58).

### 3.2. Forskningsdesign

Vi ønsker å bruke designet grounded theory. I dette designet prøver man å utvikle nye teorier med utgangspunkt i de dataene man henter inn. Her foregår datainnsamling og analyse parallelt slik at data kan analyseres underveis. Dette gjør at man tidlig kan danne seg en

mening om hva som er sentralt i dataene. På denne måten kan vi i andre intervju rette søkelyset mot dette. I grounded theory starter man ofte svært åpent, men snevrer inn fokuset etter hvert som man analyserer dataene (Corbin & Strauss, 1990, s. 6). Vi ønsker å bruke grounded theory som design slik at vi ikke begrenser oss selv i datainnsamlingen. Ved å jobbe på denne måten kan vi starte veldig åpent og la dataanalysene bestemme i hvilken retning vi skal ta videre med oppgaven. På den måten føler vi at vi kan komme frem til det som er mest aktuelt i problemstillingen, i motsetning til at vi selv, som har mindre erfaring enn informantene, skulle bestemt hva som var viktig å fokusere på.

Tradisjonelt i samfunnsvitenskapelig metode har man fokusert på hvor nøyaktig fakta kan innhentes og dermed hvor omfattende en teori kan testes. Gjennom grounded theory forsøker man å oppdage teori fra systematisk innhentet og analysert data. Dette står i kontrast til andre metoder som forsøker å verifisere en teori som allerede eksisterer (Glaser & Strauss, 1967, s. 13). Grounded theory kan dermed sies å være ment for å sette fokus på det systematiske arbeidet som gjøres for å oppdage nye teorier og heller se vekk fra det fokuset som er rettet mot verifisering av eksisterende teorier innen samfunnsvitenskapelig forskning. En av strategiene Glaser og Strauss ser til for å fremme oppdagelsen av ny teori er komparativ analyse. Dette forklarer de som en metode hvor forskeren sammenligner en enhet med andre for å finne bevis for en utviklende teori (Glaser & Strauss, 1967, s. 35). Det vil si at det trekkes ut fakta fra sammenlignbare (komparative) grupper. Et eksempel på dette vil være vår bruk av kommuneoverleger i kommuner. Her finner man teori ved å se og sammenligne informasjonsbitene i de ulike enhetene som kommunene utgjør.

### **3.3. Intervju som datainnsamling**

Datainnsamling vil foregå gjennom dybdeintervju. Vi vil intervju individer som har erfaring eller som har god kunnskap om temaet vårt. Mer spesifikt vil det si at vi ønsker å intervju personer som har kjennskap til koordineringsoppgavene som Helsedirektoratet har både innad i organisasjonen og ute i kommunehelsetjenesten. Vi ser for oss å intervju mellom fire og åtte informanter. I tillegg til at vi er interesserte i å intervju respondenter fra Helsedirektoratet, ønsker vi også å intervju respondenter fra kommuner av ulikt areal, befolkningsstørrelse, ressurstilgang, infrastruktur og lignende. I kommunene ønsker vi å snakke med den smittevernansvarlige i kommunen. Fremgangsmåten vår vil være å ta opptak av samtalene mellom oss og intervjuobjekt, samt notatskriving. På den måten vil vi være friere til å kunne gå dypere inn på enkeltspørsmål, eller eventuelt la intervjuobjektet få styre

samtalen, dersom han eller hun har spesiell kunnskap om et eller flere områder ved problemstillingen vår. Målet med datainnsamling når man bruker grounded theory som design er å ende opp med en hovedkategori eller et fenomen. Med hovedkategori mener vi en den kategorien som samler flest relevante begreper eller konsepter (Corbin & Strauss, 1990, s. 5). Corbin og Strauss hevder også at kategorier er hjørnesteinene i en utviklende teori, fordi de gir oss muligheten til å integrere teori i funnene våre. Kategoriene vil ofte være de som har størst forklaringskraft og må derfor «fylles opp» av informasjon. Dette gjøres via koding og notatskriving (Glaser & Strauss, 1967, s. 113).

### **3.4. Validitet og reliabilitet**

Validitet og reliabilitet er knyttet til evaluering av undersøkelsen, altså kriterier for kvaliteten av forskningsarbeidet som er gjort. Det er forskjellige synspunkter på om kvalitative og kvantitative studier skal vurderes likt. Vi forstår det slik at reliabilitet og validitet kan være gode kriterier for kvalitative studier i enkelte sammenhenger, men også være mindre relevant i studier hvor det krever en særegen logikk for å vurdere kvaliteten av forskningsarbeidet. Det er lagt frem noen alternative kriterier for kvalitative studier i form av pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og overensstemmelse (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016, s. 231).

Reliabilitet handler om undersøkelsens pålitelighet gjennom dataene som samles inn, hva som brukes, hvordan dataene er samlet inn, og hvordan de er bearbeidet. I kvantitative undersøkelser finnes det tester man kan utføre for å konstatere hvor reliabel dataene er. For kvalitative undersøkelser er dette vanskeligere å teste ettersom det er samtalen mellom informant og intervjuer som styrer hva man finner i datainnsamlingen (Ryen, 2002, ss. 178-180). Det finnes fremgangsmåter for å styrke reliabiliteten av en undersøkelse ved at forskeren eller den som utfører undersøkelsen beskriver konteksten, for så å føre en åpen og detaljert beskrivelse av fremgangsmåten i prosessen. Man kan også utarbeide en revisjonsprosedyre som gjør det mulig for leseren å spore forskerens dokumentasjon, metoder og avgjørelser (Ryen, 2002, s. 180).

Videre skal vi i denne delen av oppgaven se på prosessen, dele den opp, og reflektere over påliteligheten i hvordan vi har samlet inn data, hva som ble brukt og hvordan den er bearbeidet. Reliabiliteten i undersøkelsen har vi ivaretatt gjennom detaljert beskrivelse av

hvordan gjennomgangen med litteraturstudie, intervjuguide og spørsmålsbygging endte i intervjuene våre, for så å beskrive hvordan vi behandlet og analyserte dataene.

Vi skal nå se på hvilke trekk ved utførelsen av intervjuene som har kunnet påvirke påliteligheten. Dette fordi det er samtalen mellom informant og intervjuer som styrer datainnsamlingen og fordi det er individet eller forskeren som skal tolke dataene med sitt unike erfaringsgrunnlag. Dette lar seg ikke etterprøve av en annen forsker med et annet erfaringsgrunnlag. Derfor er det viktig å se gjennom intervjuprosessen for å etterfølge kravet om en åpen og detaljert beskrivelse. Informantene møtte ansikt-til-ansikt. Intervjuene ble gjennomført på deres eget kontor uten forstyrrelser og avbrytelser. Dette antar vi ga informantene trygghet til å være ærlige og åpne i møte med oss og våre spørsmål. Dette bringer oss til det faktum at vi som intervjuere var i overtall. Dette løste vi ved at én tok seg av selve spørsmålsgangen og var samtalestyrer mens den andre tok en observerende rolle med notater og mulighet for å svare på spørsmål fra informanten. I forkant av intervjuet ønsket de en oversikt over tematikken vi skulle inn på og dette sendte vi en uke i forkant av intervjuene. Dette ga informantene mulighet til å samle noen tanker om det de skulle bidra til. I intervjuene vi gjennomførte via e-post ser vi at informanten hadde mulighet til å svare uten respons fra oss og oppfølgingsspørsmål ble derfor vanskelig. Dette svekker påliteligheten til disse svarene, men på en annen side hadde også denne informanten i teorien mulighet til å reflektere så lenge han ønsket over spørsmålene før han svarte.

I forkant av intervjuene ga vi informantene et samtykkeskjema der de ga oss samtykke til å ta opp samtalen og bruke innholdet i oppgaven vår. I tillegg kunne de til enhver tid kunne trekke sitt bidrag fra oppgaven om de ønsket. Dette var fra vår side et forsøk på å gi informantene trygghet til å stole på oss slik at vi fikk en så god dynamikk som mulig gjennom intervjuet og dermed fikk belyst problemstillingen på best mulig måte. Opptak av intervjuene er den faktoren som styrker vår reliabilitet mest. Dette begrunnes ved at vi ikke kan påvirke denne dataen fordi de er tatt opp, og gir oss muligheten til nøyaktige utskrifter fra intervjuet (Silverman, 2006, s. 283).

Med dette vil vi påstå at påliteligheten på dataene vi innhentet er god, ettersom vi må anta at informantene snakket sant og at vi åpent og detaljert har beskrevet prosessen rundt innhentingene. I arbeidet med analysen av dataene diskuterte vi å identifisere kategoriene sammen, samt at vi foretok utsiling av dataene til analysen sammen. Dette gjør at



påliteligheten er styrket ytterligere enn om vi bare hadde gjort dette hver for oss i forkant av analysen. Dette utelukker selvsagt ikke at andre med en annen erfaringsbakgrunn kunne analysert og tolket annerledes og dermed kommet med andre funn enn det vi presenterer i denne oppgaven.

Validitet handler om troverdighet, om vi måler det vi tror vi måler, sammenheng mellom fenomenet som undersøkes og de dataene som er samlet inn (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016, s. 232). Det vil si hvor godt data representerer fenomenet, eller virkeligheten den er hentet fra. Det finnes flere fremgangsmåter for å styrke troverdigheten i forskning. En av disse fremgangsmåtene er vedvarende observasjon. Her handler det om å bruke nok tid til å bli kjent i felten og bygge tillit. Enklere forklart å kjenne til konteksten man skal observere i og triangulering. Triangulering vil si at forskeren bruker ulike metoder som intervju og observasjon (Silverman, 2006, s. 291). Man kan også styrke troverdigheten ved å tilbakeføre resultatene til informanter for å bekrefte resultatene, og ved å la ulike forskere identifisere tema ut fra transkriberte intervju for så å sammenligne resultater (Ryen, 2002, ss. 179-180). Til slutt har vi også en fremgangsmåte for generalisering eller analytisk generalisering. Dette innebærer en begrunnet vurdering av i hvilken grad funnene fra en studie kan brukes som en rettleiding for hva som kan komme til å skje i en annen situasjon (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 291). Det vil si at for oss som har valgt kvalitativ metode er det mulig å se etter tendenser, beskrivelser, fortolkninger, forklaringer og begreper som potensielt kan overføres til beslektede fenomener i andre studier. Videre skal vi nå reflektere over vår troverdighet og overførbarhet gjennom å vurdere intern og ekstern validitet gjennom hele prosessen: forarbeid, datainnsamling, analyse og drøfting.

Vi mener at kommuneoverlegene, som vi har intervjuet, er de enkeltpersonene med størst kunnskap og forankring til den enkelte kommunes smittevernberedskap. Hos Helsedirektoratet fikk vi intervjuet en person med mye kunnskap om smittevern, kommunale utfordringer og nasjonale føringer for arbeidet med forebygging av hendelser som en pandemi. Med bakgrunn i overstående mener vi at vi har kontaktet og intervjuet de riktige kildene gjennom vår oppgave. Vi vil derfor kunne hevde at validiteten til enhetene våre er ivaretatt.

I forarbeidet til intervjuene gjennomførte vi en mindre litteraturstudie hvor vi satte oss godt inn i konteksten til informantene. Først undersøkte vi fagfeltet smittevern og pandemi.

Deretter rettet vi fokuset mot den samfunnsvitenskapelige tematikken i oppgaven gjennom kommunikasjon, koordinering, samordning og usikkerhet. Dette gav oss et teoretisk grunnlag i møte med informantene. Et par uker før intervjuene lagde vi en intervjuguide for kommunene og en egen for Helsedirektoratet. Denne intervjuguiden var en støtte for oss under intervjuene og en måte for oss å systematisere spørsmålene til de forskjellige informantene. Dette ble da en måte å styrke troverdigheten for at vi spør om det vi tror vi spør om. Gjennom litteraturstudie og utforming av intervjuguide har vi forsøkt å styrke vår interne validitet ved at vi kjenner bedre til konteksten, og har spørsmålene og tematikken ferskt i minne gjennom intervjuguiden. Dette kan ses på som en måte å bedrive vedvarende observasjon.

Validitet i selve intervjuene og dataene vi hentet derfra vurderer vi som relativt sterk. Vi satte av en time i intervjuene vi foretok ansikt til ansikt. Her gikk dialogen mellom intervjuer og informant lett og informantene kunne vise oss plansjer, planer og andre dokumenter for å belyse våre spørsmål på en så god måte som mulig. Vi forsøkte å bruke triangulering der det lot seg gjøre. I intervjuene vi gjorde ansikt til ansikt benyttet vi oss av både intervju og observasjon ved at en intervjuet og den andre observerte og skrev notater av det den personen plukket opp som viktig. Dette resulterte i et sammenligningsgrunnlag sammen med de transkriberte samtalene. Vår interne validitet vil derimot være svekket der ansikt-til-ansikt-intervju ikke var mulig, men gjennomført via telefon og e-post. Denne formen for intervju blir mer kunstig og flyt i dialogen blir vanskelig, det kan derfor tenkes at viktig informasjon som kunne belyst vår problemstilling, og våre spørsmål ikke nådde frem i denne kommunikasjonsformen. Dette er informasjon som kunne blitt fanget opp i et ansikt til ansikt intervju og vil derfor være en av svakhetene i vår interne validitet.

Vår eksterne validitet handler som tidligere nevnt om overførbarheten til undersøkelsen vår. Overførbarhet i en kvalitativ kontekst vil si analytisk generalisering. Dette har vi ivaretatt ved å søke etter forskning som vi kan kjenne oss igjen i. Dette er forskning innenfor fagområdene organisasjonsteori, koordinering og kommunikasjon. Vår eksterne validitet har vi dermed styrket ved å reflektere over våre funn sett opp mot beslektede funn og problemstillinger fra annen forskning, og dermed forsøkt å se etter overførbarhet i våre egne funn til de respektive forskningsområder.

### **3.5. Ethiske spørsmål**

I vår rolle som forskere er det et par ting vi må tenke over før vi begynner datainnsamlingen. For det første vil notatskrivingen vår når det gjelder koding og idéer og så videre, spille en viktig rolle når vi analyserer datamengden vår. For det andre er dette også første gang vi opptrer i rollen som forskere med eget innhold. Dette i kontra til rollen som student der vi for det meste har skrevet fra andre sine verk for å vise at vi har forstått det vi har lest. Dette fører til at vi står ovenfor en del nye problemstillinger som vi tidligere ikke har måttet forholde oss til. En av disse problemstillingene er de etiske problemene ved å skrive en slik oppgave. Hvilken rolle vi har overfor våre intervjuobjekter og vice versa, og viktigheten ved å skrive og analysere dataene korrekt er noen eksempler. Samtidig som vi trer inn i en ny rolle der nye problemstillinger og utfordringer finnes, er det også viktig å nevne at det å skrive en slik oppgave er en enorm læringsmulighet. Ikke bare for oss, men for de som vil lese og bruke oppgaven vår i fremtiden. Vi har derfor ansvar for å gjøre dette på en korrekt måte, både analytisk og etisk.

Det finnes noen etiske problemstillinger vi må vie litt oppmerksomhet. Hovedproblemet vårt vil omhandle identiteten til intervjuobjektene våre. Valget av kvalitativ metode mister informantene muligheten til å svare anonymt. Det betyr at vi som forskere er nødt til å ta stilling til hvordan vi kan beskytte identiteten til informantene våre. Dette har ikke vært like lett siden vi har sett oss nødt til å identifisere noen av organisasjonene vi har intervjuer i, men at vi da fokuserer på anonymiteten til respondenten/respondentene i organisasjonen. Det blir også noen etiske problemstillinger ved oppriktighet og ærlighet i de funn vi rapporterer i vår oppgave. Vi tenker da på at vi forskere tolker det som våre respondenter forteller oss og at det skaper rom for feiltolkning og misforståelser. Det er derfor viktig både under intervjuene og senere, når vi skal analysere og drøfte funnene våre, at vi er ærlige med oss selv og ikke velger å se funnene slik vi forventer dem, men slik de er.

### **3.6. Gjennomføring av intervjuene**

Vi anser de intervjuene vi har hatt ansikt-til-ansikt, for å være de intervjuene der vi har oppnådd størst tillit og kanskje derfor også best informasjon. Ved intervjuer over e-post har vi gjort det slik at intervjuobjektet har fått spørsmålene fra oss og deretter hatt en frist på et par dager til å svare på disse. Vi har så gått gjennom svarene og spurt videre dersom det var noe som trengtes oppklaring eller vi ville ha mer informasjon om. Da vi var fornøyde med informasjonen vi fikk, laget vi et dokument der alt av svar ble samlet. På slutten av

intervjuene fikk alle intervjuobjektene spørsmål om det var noe mer de ville legge til eller noe de følte at vi manglet, og på den måten fikk vi også god informasjon som vi kunne ta med oss videre til de neste intervjuene. Det var også mulighet for å komme med innspill etter at båndopptaker var skrudd av dersom de ikke ville bli sitert, men siden vårt tema ikke er et særlig ømfintlig tema var ikke dette et alternativ som ble benyttet. I avslutningen av intervjuene takket vi for oss og ga beskjed om å kontakte oss dersom de hadde spørsmål.

### **3.7. Bearbeiding av data**

Etter at vi var ferdig med intervjuene fordelte vi disse mellom oss og transkriberte halvparten hver. Vi regner også å legge e-post-intervjuene inn i et skikkelig dokument som en del av denne prosessen. Vi gikk deretter gjennom alle intervjuene i fellesskap for å se om det var noe vi hadde oversett eller som kunne misforstås eller leses feil. Vi tok deretter utskrifter av alle intervjuene slik at vi hadde kopier av disse foran oss mens vi jobbet med å analysere, drøfte og konkludere resultatene av disse. Når denne prosessen var ferdig ble kopiene av intervjuene destruert for å opprettholde anonymiteten. Vi beholdte en kopi av disse på en harddisk og en kopi på en minnepinne i tilfelle vi måtte vise til disse ved en senere anledning, men også disse kopiene vil bli slettet etter at oppgaven er ferdig, levert og vurdert. Vi har gjort et bevisst valg om ikke å lagre noen av intervjuene eller detaljene om disse på internett slik at det ikke skal finnes noen mulighet for at informasjonen skal komme på avveie. Transkriberingen inneholdt intervjuet, tid, sted, hvem som var tilstede, hvor lenge intervjuet varte og eventuelle andre bemerkninger som vi eller respondenten hadde kommet med før, under eller etter intervjuet.

### **3.8. Feilkilder**

Her finnes det begrenset med feilkilder siden vi arbeider med helt nytt materiale som vi selv har hentet inn. Det finnes likevel feller som man kan snuble i, som at vi som forskere kan være forutinntatte. Dette kan komme av at vi forventer annerledes svar enn det vi får, eller at vi allerede har bestemt oss for et utfall og leter etter det i stedet for å fokusere på den informasjonen som faktisk blir gitt oss av intervjuobjektet. En måte å unngå en slik felle på er at man er to personer som både er med under intervjuet og at man i etterkant leser gjennom det transkriberte intervjuet. Det er mindre risiko for at begge to har samme forutinntatthet, og da kan den ene fange opp noe som den andre kanskje ikke ville sett. Det er selvfølgelig fortsatt en mulighet for at forutinntatthet likevel oppstår. Dette er noe man må være oppmerksom på å se etter å arbeide mot.

### **3.9. Respondenter**

I valg av enheter landet vi raskt på kommuner og Helsedirektoratet ettersom det er disse enhetene vi kan identifisere ut fra problemstillingen vår. Oppgavens tidsramme og omfang ga oss føring i hvor mange informanter vi ønsket å intervju. For å klare å få nok svar og en viss bredde i svarene, ønsket vi i utgangspunktet å komme i kontakt med kommuner fra Hedmark, Oppland og Møre og Romsdal. Vi antok at kommunene ville være villige til å dele informasjon om sin beredskap, ettersom dette er et offentlig anliggende. Vi forsøkte først å kontakte kommuner der vi hadde tilgang via bekjente, men ikke alle vi kontaktet hadde mulighet til å stille til intervju ettersom vi søkte spesielt etter personer med god kjennskap til smittevern og større hendelser som en pandemi. Dette resulterte i at vi tok kontakt med et bredt utvalg av kommuner via e-post og endte opp med å intervju fire kommuner med forskjellige utfordringer i beredskapssammenheng. I kommunene har vi intervjuet kommuneoverleger, ettersom smittevern og beredskap er en del av deres rolle, ansvars- og kunnskapsområde. I tillegg til de kommunene vi opprettet kontakt med, ønsket vi også å komme i kontakt med noen fra Helsedirektoratet som hadde inngående kunnskap om koordinering av kommunalhelsetjenester ved større smittebærende hendelser. Dette resulterte i fem respondenter.

## 4. Analyse

I dette kapittelet skal vi presentere vår analyse av hvordan Helsedirektoratets rolle som koordinator fungerer for kommunehelsetjenesten. Her vil vi presentere våre funn sett opp mot i de teoriene som vi trakk frem i kapittel to. De teoriene som vi skal knytte analysen opp til, er kommunikasjon, avhengigheter og koordineringsmekanismer, samordning og koordinering.

Før vi begynte med analysedelen startet vi alle intervjuene våre med å spørre om intervjuobjektene personlige meninger eller perspektiver på usikkerheten ved smittebårne trusler som vi har skrevet om tidligere i oppgaven. Her fikk vi flere interessante svar, med en bred konsensus blant våre intervjuobjekter overfor den usikkerheten som en slik trussel innebærer. Dette på flere nivåer der faktorer som evidensgrunnlag og kunnskapsnivå er med på å øke eller senke usikkerheten. Uavhengig av oss svarte de også at usikkerheten kommer som et resultat av at noe kan skje, men man vet hverken hva, når eller hvordan.

### 4.1. Kommunikasjon

Som nevnt tidligere i oppgaven kan kommunikasjon ha stor betydning for hvordan en oppgave eller en krise blir løst. Dette kan være en faktor som bidrar til at krisen blir løst hurtig og på en god måte, men kan også være en kilde til problemer. I de verste fall kan dårlig kommunikasjon ved en hendelse føre til en parallell kommunikasjonskrise. Dette er derfor en stor del av det vi har sett på når vi har vært ute hos kommuner og direktorater for å intervju våre respondenter. Videre har vi sett på synet til de forskjellige respondentene når det gjelder kommunikasjon under en hendelse, og hvilke likheter og forskjeller som finnes. I våre opprinnelige spørsmål var hovedfokuset vår kommunikasjon mellom Helsedirektoratet og kommunene, men etterhvert som intervjuene ble gjennomført, knyttet vi inn et ekstra element, nemlig Folkehelseinstituttet.

Det første vi så som en fellesnevner hos alle kommunene var at det i alle kommunene ble gjennomført øvelser. Helsedirektoratet har også en øvelsesplan og gjennomfører øvelser, men har ikke kapasiteten til å gjennomføre øvelser sammen med alle kommunene om noe så spesifikt som smittevernberedskap, da det bare er mellom tre til fem ansatte som driver med dette. Kommunene derimot, har ofte et større behov og et større press på seg for å få gjennomført en viss mengde øvelser. Som den ene respondenten vår sa, så er øvelser med på å øke relasjonene mellom mennesker som skal arbeide sammen ved en eventuell hendelse. Dersom relasjonen eksisterer i forkant av hendelsen, vil kommunikasjonen også gå lettere

under hendelsen fordi det vil bli mindre feiltolkning og feilkommunikasjon. Det fantes en del forskjeller mellom kommunene på om de hadde satt opp en øvingsplan eller ikke, men felles for alle kommunene vi snakket med var at alle gjennomførte øvelser. Dette var alt fra tabletop, en enkel bordøvelse, til fullskalaøvelser der flere etater øver sammen.

*«Det ligger jo til alle planer at man bør øve planene, det er jo en av de implisitte tingene. (...) For at planer skal virke så er det nødvendig egentlig med en del øvelser.»*

Tidligere i oppgaven har vi skrevet om formell og uformell kommunikasjon. Mye av den formelle kommunikasjonen er den eksterne kommunikasjonen. Altså den kommunikasjonen som kommunene og Helsedirektoratet sender ut. Helsedirektoratet sender da ut melding til Fylkesmannen som igjen har som oppgave å kontakte og oppdatere de aktuelle partene i kommunen. Denne kommunikasjonsveien er lik for alle i kommunen og endrer seg heller ikke i en krisesituasjon selv om det i våre intervjuer ikke var alle som var enige i at det burde være slik. Her var det bekymring for at Fylkesmannens rolle er for uklar og at han som hovedkommunikator mellom Helsedirektoratet og kommunene kan bli et forsinkende ledd dersom rollen ikke er avklart før en eventuell hendelse. Det er også Fylkesmannen som skal gi beskjed ut til innbyggerne i kommunen dersom det er noe de trenger informasjon om. Dette skjer ofte via hjemmesider og i det siste også sosiale medier, der Facebook blir hyppigst nevnt, eller SMS-varsling. Dette kan være et effektivt hjelpemiddel, men det er en uttrykt bekymring gjennom våre intervjuer for at Fylkesmannen er den som skal uttale seg i saker om smittevern, til tross for at han ikke er sakkyndig.

*«Ut til befolkningen det har jeg også lurt litt på når det gjelder smittevern for jeg har sett noen har egne punkter hvor det står at kommuneoverlegen skal uttale seg når det gjelder smittevern, mens i vår ... det har vi ikke diskutert her.»*

Det har også kommet frem i flere av våre intervjuer at den formelle kommunikasjonen mellom Helsedirektoratet og Fylkesmannen i de representative kommunene ikke står for all kommunikasjonen mellom kommunene i daglig drift. Fylkesmannen som eneste kommunikasjonskanal derfor kan bli vanskeligere å innføre ved en hendelse.

Det finnes også en god del uformell kommunikasjon mellom kommunene og Helsedirektoratet. Vårt fokus var på den kommunikasjonen som foregår mellom kommune og Helsedirektoratet. Det kom frem i våre intervjuer at det foregår mer mellom kommunene og Folkehelseinstituttet til daglig. Helsedirektoratet var enig i at rollene som de har, og rollen

som Folkehelseinstituttet har, per i dag er uklare. Rollene blir også ofte blandet sammen siden Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har et veldig tett samarbeid. Det skal også nevnes at det arbeides i dag med å oppklare rollene som Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har, både fra kommunenes og fagressursenes side ettersom dette har vært et problem i lang tid. De mener også at grunnen til at rollene blir uklare er fordi de med fra tre til fem ansatte som jobber med smittevern og beredskap ikke rekker over samme mengde arbeid som Folkehelseinstituttet med sine om lag 300 stk.

Alle kommunene hadde også samme oppfatning om at de hadde et sterkere forhold til Folkehelseinstituttet på daglig basis og at det også mest sannsynlig hadde vært Folkehelseinstituttet de hadde henvendt seg til under en hendelse. Her ser vi at likhetsprinsippet som nevnt tidligere også fungerer i praksis da kommunene selv sier at de vil fungere nærmest mulig en normal situasjon selv om de står i en krisesituasjon. Slik vi har tolket det ser de fleste kommunene på Folkehelseinstituttet som en faginstans, altså her er det meste av kommunikasjonen uformell, mens Helsedirektoratet blir sett på som en utøvende myndighet der det finnes både formell og uformell kommunikasjon:

*«For å få råd og veiledning i det daglige bruker vi Folkehelseinstituttet i langt større grad enn Helsedirektoratet. Men hvis det er spørsmål om korrekt fortolkning av lover og regler vil vi stort sett henvende oss til Helsedirektoratet eller Fylkesmannen.»*

Bruken av disse fagressursene kan også virke som den holder seg noenlunde konstant fra daglig drift til en krisehendelse, i alle fall har den gjort det i tidligere hendelser og øvelser hos de kommunene vi snakket med. Dette har Helsedirektoratet også sagt seg enig i.

*«(...) bortsett fra at ved svært store hendelser som for eksempel pandemi vil nok Helsedirektoratet ha en mer synlig/førende rolle enn ellers, jfr. pandemien i 2009.»*

#### **4.2 Avhengigheter og koordineringsmekanismer**

Som vi allerede har skrevet om i punkt 2.2 er koordineringsbegrepet todelt. På et overordnet organisasjonsnivå handler det om spesialisering av arbeidsoppgaver og kravet om koordinering av disse deloppgavene. Den andre delen handler om koordinering av avhengighetene mellom aktivitetene en arbeidsgruppe skal gjennomføre for å produsere en leveranse. I våre møter med de forskjellige kommunene og Helsedirektoratet har vi derfor stilt spørsmål om planverk, rutiner, prosedyrer, hvordan de opplever koordineringsbehov og relevante tema ved avhengigheter og koordinering. Dette gjorde vi for å kunne spore



begreper, forklaringer og beskrivelser tilbake til teorien vi har plukket ut. Samtidig har vi aktivt forsøkt å se på dataene uten det teoretiske bakteppet vi har tilegnet oss. Dette er for å se om det er noe innenfor koordinering eller avhengigheter et annet forskningsområde kunne svart annerledes på. Slik ivaretar vi vedvarende observasjon.

For å starte analysen kan vi se på hvordan noen av våre informanter definerer koordinering på i sitt arbeid:

*«Flere er sammen om å løse en oppgave sånn at man ordner seg og innretter seg etter hverandre sånn det passer best og vet om hverandre og organiserer det på en best mulig måte.»*

*«Jeg har i mange sammenhenger en koordinerende rolle. Jeg tenker det går på å ha oversikt, å bli enig med forskjellige aktører om hvem skal gjøre hva, å arbeide mot felles mål.»*

Vi kan ut fra dette se at disse to kommuneoverlegene legger vekt på oversikt, organisering, og flyt i arbeidsoppgaver for å nå felles mål, noe som også støttes av de resterende informantene.

Et av fellestrekkene vi fant i våre intervjuer med kommunene var avhengighetene mellom kriseledelsen og fagenheter, som for eksempel helsestasjoner. I våre intervjuer oppdaget vi at hver kommune hadde planer for når og hvorfor en kriseledelse skulle etableres ved smittevernhendelser som utbrudd av tuberkulose eller pandemisk influensa. Her er avhengigheten sekvensiell, som vil si at hvert ledd krever en viss mengde informasjon for å utløse tiltak. Mekanismen man her har valgt å benytte seg av, havner innenfor HTM eller hierarkisk koordineringsmekanisme, nærmere bestemt standardisering gjennom planverk, prosedyrer, tiltakskort og rutiner. En av våre informanter fortalte om deres planverk for pandemisk influensa:

*«... tiltakskortet setter kun opp en beredskap i forhold til kriseledelse og igangsetter smittevernrutiner i kommunale enheter.»*

En annen kommune kunne fortelle oss at:

*«kommunen har en kommunal beredskapsgruppe for smittevern med deltagelse fra bydeler og egen byrådsavdeling. Vanligvis innkaller vi også sykehuset.»*

Ut ifra dette kan vi tolke at kommunens kriseledelse i begge kommuner har en sekvensiell avhengighet til sine respektive kommunale enheter og beredskapsgrupper. Et ledd må utføre sine deloppgaver før et annet ledd kan utføre sine, og selve oppdraget eller arbeidsoppgaven kan løses. Samtidig ser vi en delt avhengighet i kommunene der man har både en beredskapsgruppe og en kriseledelse. Her ble vi forklart at arbeidsoppgavene både delte og produserte felles ressurser i form av planverk, tiltakskort, prosedyrer og rutiner, men ellers var uavhengig av hverandre. Disse eksemplene på hvordan kommunene koordinerer ressurser og drift av organisasjonen i en smittevernshendelse er vinklet mot hierarkisk koordineringsmekanisme og spesielt standardisering som svar på den sekvensielle avhengigheten mellom kriseledelse og de forskjellige fagenhetene, som for eksempel en helsestasjon.

Et annet fellestrekk vi fant i kommunene var koordinering av kunnskap og informasjon internt i organisasjonen. Informasjon som kommer inn til kommunen må dirigeres til rett sted og man må koordinere hvor kunnskapen eller menneskene med kunnskap om et spesifikt tema befinner seg. Dette vil være det Malone & Crowston forklarer gjennom sitatet «*Coordination is managing dependencies between activities*» (Malone & Crowston, 1993). Kommunene koordinerer ikke bare driften av organisasjonen og leveransen de skal produsere. De koordinerer også kunnskapen medarbeideren sitter med i forskjellige arbeidsgrupper eller team rundt om i organisasjonen eller kommunene. Som en av våre informanter svarte på spørsmål om hvordan man koordinerer informasjonen som kommer inn og som skal ut: «*Smitte er det jeg som er den som står for koordinering med Folkehelseinstituttet, så via Fylkesmannen som også skal oppdateres. Så kommer vi til å informere smittevernsleger i andre nærliggende kommuner ... Informasjon som kommer inn har vi folk fra servicetorget som tar seg av og bemanner telefonene og sender informasjonen videre via CIM-verktøyet.*»

Dette kan vi knytte til koordinering av kunnskap. Avhengighetene mellom aktivitetene må styres på et slikt vis at man kan håndtere dem på det nivået de finnes. For kommunene betyr det at de må vurdere om informasjonen de sender ut gjennom kommunikasjons- og loggføringsverktøyet CIM kan leses av alle og deles til andre som ikke har rettigheter i verktøyet, eller om det må være restriksjoner på hvem som kan lese og gjengi hva. Noen av kommunene tar opp denne problematikken ved at de i øvelser har vært usikre på hva de kan skrive og hvordan den informasjonen skal vurderes. Avhengighetene mellom de som sitter på kompetanse om smittevern i form av hendelseshåndtering og fagkunnskaper om smitte må

dermed koordineres på et slikt vis at telefonoperatørene fra servicetorget får sendt sin informasjon til kommunens smittevernansvarlig, i hovedsak kommuneoverlegen, som så må dele sin vurdering av informasjonen til kommunens kriseledelse, som igjen må beslutte tiltak på bakgrunn av denne informasjonen. Dette tolker vi til sekvensiell avhengighet som oftest kan koordineres med standardisering av prosedyrer og rutiner. Det viser seg hos flere av kommunene at det ikke finnes formaliserte prosedyrer for dette, men at man har en gjensidig tilpasning. Det kan dermed hevdes at avhengigheten er gjensidig.

I intervju med kommunene og i intervju med Helsedirektoratet fremsto rollen til Helsedirektoratet som noe uklar. Som vi har skrevet tidligere i oppgaven har Helsedirektoratet blitt delegert et særskilt ansvar for koordinering av helse- og omsorgssektorens innsats for å sikre iverksettelse av nødvendige tiltak når en krisesituasjon truer eller har inntruffet. Dette ansvaret har kommunene opplevd i forskjellig grad gjennom daglig smittevernarbeid og ved større hendelser som pandemien i 2009 (svineinfluensa), flyktningkrisen og trusselen ved ebola. En informant beskriver det slik:

*«For å få råd og veiledning i det daglige bruker vi Folkehelseinstituttet i langt større grad enn Helsedirektoratet. Men hvis det er spørsmål om korrekt fortolkning av lover og regler vil vi stort sett henvende oss til Helsedirektoratet eller Fylkesmannen.»*

Mens en annen informant beskriver samme problemstilling slik:

*«I mitt arbeid så forholder jeg meg til Folkehelseinstituttet, både i forhold til råd og diskusjon med smittevern vakt og i forhold til elektroniske dokumenter fra Folkehelseinstituttets hjemmeside.»*

Denne fordelingen av ansvar for koordinering kan vi tolke opp mot todelingen innenfor begrepet i seg selv. På en side har vi koordinering av selve driften av organisasjonen eller kommunen, her har vi Helsedirektoratets skriv om hvordan man skal tolke lover og regler. Dette er hierarkisk koordineringsmekanisme gjennom regelstyring. Samtidig kan vi tolke det slik at Folkehelseinstituttet koordinerer kunnskap og hjelper kommunen i utarbeidelse av planer og hvordan håndtere en spesifikk medisinsk tilstand som for eksempel ebola. I Helsedirektoratet presenterte vi også dette spørsmålet om det særskilte ansvaret for koordinering og det vi tolket som uklare linjer for hvem som egentlig har det overordnede ansvaret under en større hendelse. Vi fikk her høre av vår informant at:

*«DSB sier man må se på rollefordeling, klarere linjer. Vi opplever at kommunene ser mer til Folkehelseinstituttets planer, veiledninger fordi Folkehelseinstituttet er vår fagbasis, det er de*

*som har det faglige ved en helsehendelse. Ved en pandemi vil det være de som tar seg av det faglige, også trer vi som helsemyndighet/fagmyndighet eller forvaltningsmyndighet inn i en krise, i det daglige, vil kommunen henvende seg til Folkehelseinstituttet. Ved en større hendelse som truer hele riket vil Helsedirektoratet delegert koordineringsansvaret og som vil da være den man henvender seg til. Vi så under pandemien at det ble kluss fordi Folkehelseinstituttet til daglig har kommunikasjonen med kommunen, etter pandemien har Folkehelseinstituttet hatt denne rollen som informasjonskoordinator».*

Samtidig fikk vi vite at etter anbefaling fra blant annet DSB har man begynt et arbeid med å behandle lovteksten i smittevernloven der rollene til både Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet skal ha klarere linjer i hvilke oppgaver man har, en form for spesialisering av kunnskap, ressurser og fagfolk. Ut fra det vår informant fortalte oss, og det vi har hørt fra kommunene, finnes det i dag ikke helt samsvar mellom det Helsedirektoratet er satt til å gjøre og det de faktisk gjør. Folkehelseinstituttet har flere oppgaver man av lovteksten kunne tolke at Helsedirektoratet egentlig skulle hatt. Dette kan vi tolke til at det finnes en delt avhengighet mellom fagressursene fordi aktivitetene eller arbeidsoppgavene de utfører deler eller produserer felles ressurser i form av smittevern. Ellers er de uavhengige organer i statsforvaltningen.

### **4.3. Samordning**

I punkt 2.3 beskrev vi samordningsbegrepet som et begrep det er vanskelig å definere klart hva er, og for å forstå det måtte vi dele det inn i flere dimensjoner. Gjennom betinget, horisontal, vertikal, intern og ekstern samordning kom vi frem til at samordning i stor grad dreier seg om organisering for å knytte sammen kapasiteten til ulike offentlige organisasjoner for å håndtere nye og uforutsette problemer og kriser. Vi skrev også at samordning er pålagt beredskapsorganisasjonene og skal sikre at organisasjonene planlegger, håndterer og evaluerer i tråd med hverandre for å utnytte ressursene på en så effektiv måte som mulig (Hafting (red), Kaptittel 1, 2017, s. 35). Hovedpåstanden til forfatterne Fimreite, Lango, Lærgreid og Rykkja er at samordningen er svak på tvers av sektorer og nivåer i offentlig forvaltning. Med dette bakteppet forsøkte vi å se etter hvordan samordning skjer i kommunalhelsetjenesten og mellom ulike nivåer i den norske forvaltningen. Staten er representert gjennom Helsedirektoratet og har et bindeledd ned til kommunene gjennom Fylkesmannen i de respektive fylkene kommunene befinner seg i.

Et fellestrekk vi fant hos de fleste av våre informanter var at den vertikale og horisontale samordningen opplevdes forskjellig ut fra hvor i hierarkiet man befant seg. En informant kunne fortelle oss at:

*«Vi har ikke noen faste opplegg for øvelser. Vi hadde en stor, byomfattende øvelse i samarbeid med sykehuset i november 2017. Tidligere har vi blant annet deltatt i øvelse sammen med Mattilsynet.»*

Her kom det frem at samordningen med andre etater og organisasjoner man kunne tenke seg at hadde felles mål, ikke hadde noen fast rutine eller prosedyre for øving av felles innsats i smittevernhendelser. Internt i kommunen derimot, hadde man formalisert samordningen mellom forskjellige fagenheter som for eksempel helsestasjon og smittevernhelsesøstre. Her var den horisontale samordningen styrket ved planverk for mobilisering av disse ressursene og andre ekstra ressurser med helsefaglig bakgrunn ved hendelser som kunne kreve massevaksinasjon. Den vertikale samordningen med sykehus, og Mattilsynet som representerer staten er svakere fordi man ikke har etablert noen øvingsplan.

I en annen kommune fortalte vår informant at:

*«Ikke (øvelse av) smittevernberedskap spesifikt, men vi har (øvelse av) kommunens kriseledelse med jevne mellomrom. Øvingsplan sier at vi skal øve årlig, dette er i samarbeid med sykehuset. Der står det at vi skal øves årlig. Stort sett Fylkesmann som har satt i gang øvelsene, vi har hatt en egen initiert papirøvelse med Sivilforsvaret (PLIVO), en tabletop med Fylkesmann og en fullskalaøvelse sammen med politi, brann, helse i regi av Fylkesmann. Ny tabletop Fylkesmann som jobber med. Vi øves årlig og litt mer, tema på fullskala øvelse var tankbilvelt på hovedferdselsåre.»*

Her ser vi at kommunen har en øvelsesplan sammen med andre aktører i forskjellige nivåer av den hierarkiske statsforvaltningen. Fylkesmannen er initiativtaker til nesten alle øvelsene. Det vil si at samordningen er vertikal mellom Fylkesmannen, politi og sykehus som representerer staten. Samordningen er også vertikal med kommunen representert ved brannvesenet som er en del av den kommunale forvaltningen. Denne samordningen er forsterket ved at den er formalisert i en øvingsplan. Vi kan av dette tolke at aktørene som her øves har en egeninteresse av å kjenne til hverandre og samarbeide, noe som krever frivillig innsats fra organisasjonene i sitt arbeid. Samtidig kom det frem i flere av våre intervjuer at enkelte kommuner bruker store summer på avtaler med helseforetakene for hjelp i smittevernarbeidet,

både via rådgivning i gitte medisinske tilfeller, men også i planleggingsarbeidet. Dette ble også et samtaleemne med Helsedirektoratet som kunne fortelle oss at:

*“Vår tanke rundt det er at det er et brudd på det som står i spesialisthelsesloven som sier at spesialisthelsetjenesten har et veiledningsansvar overfor kommunene. Det er tvilsomt å ta seg betalt for noe som allerede er beskrevet i oppdraget.»*

I intervjuet med Helsedirektoratet får vi dette til svar på spørsmål om øvelser og samordning: *«Det ligger jo til alle planer at man bør øve planene sånn at det er en av de implisitte tingene, vi har jevnlig øvelser både på myndighetsplan og større øvelser hvor andre involveres. Ute i distriktene er det veldig variert. Fra skrivebordsøvelser til større. Skrivebordsøvelser er billige, men ikke komplekse. For at planer skal virke så er det nødvendig egentlig med en del øvelse.»*

Her kan vi trekke ut at Helsedirektoratet, som sitter høyt oppe i den hierarkiske statsforvaltningen, øver vertikalt og horisontalt med andre statsorgan. Samordningen som øvelse av felles planer gir, er her implisitt. Det er forutsatt at planene skal øves og dermed få en samordningseffekt. Samtidig ser man at øvingen i kommunene er varierende. Vi kan av dette tolke at samordningen skal ivaretas via standardisering, planer skal øves. Dette er en forutsetning for at de skal virke etter hensikten.

## 5. Drøfting

I dette kapittelet vil vi drøfte våre funn opp mot problemstillingen. Vi vil se på funnene våre opp mot den hovedteorien som vi tidligere har skrevet om og analysert, altså kommunikasjon, avhengigheter, og koordineringsmekanismer og samordning.

### 5.1. Kommunikasjon

Vi har som problemstilling å se på hvordan Helsedirektoratet fungerer som koordinator for kommunehelsetjenesten ved en eventuell hendelse som omhandler en smittebåren trussel. En stor del av hvordan dette fungerer vil gå på hvordan kommunikasjonen, og som en forlengelse av dette også relasjonen, mellom disse to organisasjonene er. For å kunne fungere som en koordinator eller i det hele tatt få til et samarbeid mellom en eller flere kommuner er god og velfungerende kommunikasjon en nøkkelfaktor. Det er viktig for både Helsedirektoratet og kommunene at kommunikasjonen fungerer begge veier og fører til at alle parter føler at de får all den informasjonen som de trenger både før, under og etter en slik hendelse. God kommunikasjon er ikke noe man kan opprette når en hendelse oppstår, men må arbeides aktivt med over lenger tid. Det er derfor relevant å se på dagens kommunikasjonsnivå mellom Helsedirektoratet og kommunene siden dette nivået mest sannsynlig holder seg konstant under en krisesituasjon. Man kan selvfølgelig argumentere for at kommunikasjonen kan bedre seg under en skjerpet situasjon og på den annen side kan man argumentere for at kommunikasjonsnivået kan bli forverret parallelt med at stressnivået øker. Dette er likevel bare antagelser og vi går derfor ut fra et perspektiv om at et kommunikasjonsnivå vil holde seg på en mer eller mindre konstant.

Vi ser i analysedelen vår at både de kommunene vi har snakket med og Helsedirektoratet synes selv at de har en god kommunikasjon mellom seg. Det som er svakheten mellom kommunikasjonen er at den ikke er av betydelig mengde. Alle kommunene viser til at den informasjonen de får er hjelpsom, men at de har mye mer å gjøre med Folkehelseinstituttet og vil derfor i en krisesituasjon heller ta kontakt med dem. Dette trenger ikke nødvendigvis å være negativt for Helsedirektoratets rolle som koordinator siden det ikke i utgangspunktet ikke er mengden av informasjon som er viktig, men kan vise seg å være en ulempe dersom de går glipp av en informasjonsflyt som de egentlig burde tatt del i. Vi vet også at Helsedirektoratet er fagmyndighet og det kan også være et problem dersom Folkehelseinstituttets rolle blir feiltolket som fagmyndigheten. I våre intervjuer kom det også frem både fra Helsedirektoratet og kommunene at rollene mellom Folkehelseinstituttet og

Helsedirektoratet var uklare, noe som kan gå utover evnen Helsedirektoratet har til å fungere som koordinator.

## **5.2. Avhengigheter og koordineringsmekanismer**

I denne oppgaven har vi gjennom vår problemstilling lagt fokus på koordineringsrollen Helsedirektoratet har for kommunehelsetjenesten ved eksempelvis et pandemisk utbrudd. Med denne problemstillingen har vi identifisert en rekke fagområder som vi ønsker å belyse. Et av disse er organisasjonsteori og nærmere bestemt teori om avhengigheter og koordineringsmekanismer for disse avhengighetene. I punkt 2.2 presenterte vi koordineringsbegrepet som todelt, den samme forutsetningen tok vi med inn i vår analyse av dataene hentet gjennom intervju. I analysen peker vi på hvordan informantene våre definerer koordinering og hva det betyr for dem. Vi skal se på avhengigheten mellom team (fagenheter) og ledelsen av organisasjonen (kommunens kriseledelse) for så å trekke paralleller til forvaltningen som helhet. Videre skal vi se på hvilke koordineringsmekanismer vi har funnet stor overvekt av gjennom vår datainnsamling. Til slutt skal vi drøfte våre funn av uklare linjer i hva rammevilkårene blir beskrevet gjennom lovverk og hva virkeligheten presenterer.

Våre informanter ble spurt om hva de forbandt med begrepet koordinering og i analysen kunne vi se at av alle de spurte konsentrerte man seg om organisering, oversikt og flyt i arbeidet. Dette var det sterke konsensus om både fra kommuneoverleger og Helsedirektoratets side. Dette gjør arbeidet med koordinering av spesialiserte enheter lettere fordi man allerede her har et felles grunnlag å jobbe fra.

Som vi kan se i våre funn finnes det avhengighet mellom kriseledelsen i de respektive kommunene og fagenhetene de besitter, som for eksempel helsestasjonen. Vi så også at kommunene hadde faste prosedyrer rundt når kriseledelsen skal møtes. Dette er erkjennelse av at krisen eksisterer. Et eksempel på dette er at en kommune hadde tiltakskort for tuberkulose. I dette arbeidet i kommunalhelsetjenesten er avhengigheten sekvensiell. Det vil si at hvert ledd krever en viss mengde informasjon for å utløse tiltak. Koordineringsmekanismen man her i stor grad har valgt å benytte seg av havner innenfor HTM eller hierarkiskkoordineringsmekanisme, nærmere bestemt standardisering gjennom planverk, prosedyrer, tiltakskort og rutiner. Dette beskrev vi i kapittelet om teori som metoder for å koordinere eller styre via makt og dominans. I forvaltningen enten den er statlig eller



kommunal finner vi at den er hierarkisk oppbygget og det overrasker derfor ikke at det også på dette området i forvaltningen benyttes denne form for koordinering.

Hvis vi trekker paralleller til forvaltningen som en helhet kan vi se det slik at Helsedirektoratet sammen med Folkehelseinstituttet som fagenhet utgjør en kriseledelse med det koordinerende ansvaret. Dette er forstått i de fleste kommuner vi har intervjuet, og stemmer overens med rammeverket smittevernloven gir og tolkningen Helsedirektoratet handler etter. Her kan vi også se at avhengigheten er sekvensiell. Helsedirektoratet er avhengig av informasjon fra Folkehelseinstituttet for å fatte beslutninger og kommunene er avhengig av rådgivning fra Folkehelseinstituttet og vil bli koordinert av Helsedirektoratet gjennom brev til Fylkesmannen i det respektive fylket om hvordan nye regler, tolkninger, prosedyrer eller rutiner skal etableres. Det blir derfor ingen overraskelse at også her er hierarkisk koordineringsmekanisme den dominerende metoden. Dette gir staten gjennom flere ledd (Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Fylkesmannen) en kjede med forskjellige ledd som bærer ut i de tjenestene en kommune skal drifte for å oppfylle de gjeldende krav fastsatt av staten gjennom lov, direktiv, skriv og anbefalinger.

Gjennom vår analyse av intervjuer så vi etter hvilken koordineringsmetode som dominerte og vi så også etter hvilken mekanisme man rent praktisk benyttet seg av. Gjennom analysen så vi at uavhengig av hvor i hierarkiet vi befant oss var hierarkisk koordineringsmekanisme, og spesielt standardisering, den dominante formen for koordinering vi avdekket i svarene vi fikk. Dette var også noe vi forventet å finne.

Gjennom intervjuene vi foretok og i analysen av dataene kom rollen Helsedirektoratet innehar opp hos alle informanter. Som vi skrev i punkt 1.3 har Helsedirektoratet blitt delegert et særskilt ansvar for koordinering av helse- og omsorgssektorens innsats for å sikre iverksettelse av nødvendige tiltak når en krisesituasjon truer eller har inntruffet. Dette er forankret i smittevernloven. Dette koordineringsansvaret har kommunene opplevd i forskjellig grad gjennom daglig smittevernarbeid og ved større hendelser, som for eksempel svineinfluensa i 2009. Både i det daglige smittevernarbeidet og ved større hendelser opplever kommunene at dette ansvaret ikke ivaretas av Helsedirektoratet, men av Folkehelseinstituttet. DSB har også påpekt dette overfor Helsedirektoratet, ble vi fortalt av vår informant. Samtidig får vi høre at i den daglige driften skal ikke kommunene merke stort til Helsedirektoratets rolle fordi det finnes et ledd i mellom dem, Fylkesmannen i det respektive fylket, og at det

derfor er som forventet at Folkehelseinstituttet dermed er kontaktpunkt for faglig rådgiving. Vi finner også i vår analyse at disse to etatene er statsforvaltningens to sider, Helsedirektoratet er den helsefagligmyndighet som benytter seg av hierarkiske koordineringsmekanismer som standardisering, direkte kontroll, utarbeidelse av prosedyrer, lovtolkning og andre regelstyringsmekanismer for å koordinere aktiviteter. Mens Folkehelseinstituttet er faglig støtte for Helsedirektoratet og kommunene. Dermed koordinerer Folkehelseinstituttet kunnskap i den hierarkisk oppbygde statsforvaltningen, og det er her de uklare linjene kan skape forvirring. Det kan også tolkes slik at dette står i kontrast til likhetsprinsippet i norsk beredskapsarbeid. I det daglige arbeidet finner kommunen som oftest rådgiving og koordineringsstøtte hos Folkehelseinstituttet, mens det ved større hendelser som for eksempel et pandemisk utbrudd skal koordineres av Helsedirektoratet.

### **5.3. Samordning**

Innenfor samordning, skrevet om i punkt 2.3, har vi gjennom vår analyse sett noen fellestrekk i dataene våre informanter har gitt oss. I spørsmål om hva begrepet samordning betyr for våre informanter er svarene svært forskjellige. Noen legger liten forskjell i begrepsbruken samordning og koordinering mens andre ser på samordning som å innrette seg etter de andre. Denne forskjellen i begrepsbruken gjør det derfor vanskelig å trekke noe ut av den komparative analysen i seg selv. Derfor så vi at hovedkategorien samordning gjorde seg gjeldende for våre informanter. Gjennom øvelser kan vi se at samordning blir benyttet selv om man ikke er konsekvent i begrepsbruken, hverken hos kommunene eller hos staten.

Funnet vi gjorde at den vertikale- og horisontale samordningen opplevdes forskjellig ut ifra hvor i forvaltningshierarkiet man befant seg, baserte seg på at flere informanter beskrev hvordan man samordnet med andre organisasjoner i andre deler av forvaltningshierarkiet. Den vertikale samordningen var sjeldent forankret i planverk, men heller ble initiert av andre. Flere kommuner kunne fortelle oss at Fylkesmannen initierte øvelser hvor andre aktører var tilstede. Dette kunne være Mattilsynet, politiet, Sivilforsvaret eller sykehuset som alle er i forskjellige ledd av forvaltningen med sine spesialiserte oppgaver, men med felles mål. Internt i kommunen derimot, hadde man formalisert samordningen mellom forskjellige fagenheter som for eksempel helsestasjon og smittevern helsestasjon. Her var den horisontale samordningen styrket ved planverk for mobilisering av disse ressursene og andre «ekstra» ressurser med helsefaglig bakgrunn ved hendelser som kunne kreve massevaksinasjon.

Videre kan vi se av Helsedirektoratet at man på et høyere nivå i forvaltningen mener at planer krever eller har behov for å øves for å være effektive. Det ble sagt at det implisitt i planleggingen betyr at det må øves. Man er også klar over at det varierer mye ute i kommunene hva man øver og i hvilken skala dette skjer på. Ut fra de uttalelsene vi fikk på dette området kan dette tolkes til at samordningen både vertikalt og horisontalt skal ivaretas via standardisering, altså planer og at disse skal øves for at de skal få effekt. Samordning blir beskrevet som svak på tvers av sektorer og nivåer i offentlig forvaltning og det kan hevdes at man også her ser resultatet av dette. I våre intervjuer fikk vi høre om hvordan øvelser var med på å bygge opp samordningen mellom etater, men det var sjeldent smittevernøvelser som var tema. Vi har derimot funnet et eksempel på øvelse med pandemi som tema.

Dette var under Øvelse Hordaland i 2007. Denne øvelsen hadde som scenario en langt fremskreden influensapandemi som hadde alvorlige konsekvenser både for befolkningen og myndigheter. Øvelse Hordaland var også den første som involverte alle kommunene i fylket og relevante statlige etater. Foruten 33 kommuner var det elleve andre organisasjoner som deltok. Pandemi ble valgt som scenario spesifikt fordi det ikke hadde blitt øvd på før og fordi oppmerksomheten rundt temaet var stor på grunn av spredningen av fugleinfluensa. Det ble trukket frem at planlegging av øvelsen var et viktig element for at øvelsen ble oppsummert som vellykket. I evalueringen etter øvelsen ble disse temaene trukket fram som særlig vanskelige tema under store hendelser: ansvarsfordeling, samordning og krisekommunikasjon (her ble det trukket frem både den kommunikasjonen som skulle gå ut til publikum og den som skulle gå mellom etater og internt i virksomheter). Vi ser da at dette er elementer som både vi og våre informanter også har fokusert mye på. (Fimreite, Lango, Lærgreid, & Rykkja L, 2014, ss. 150-154).

## 6. Konklusjon

Gjennom denne oppgaven har vi sett på problemstillingen gjennom flere teoretiske perspektiver. Dette involverer perspektivene kommunikasjon, koordinering, samordning og samfunnsvitenskapelig usikkerhet. Vi har gjennom analysen og drøftingen sett på momenter ved dataene vi har innhentet og satt det opp mot teorien vi plukket ut i litteraturstudien vår. Dette har resultert i et hovedfunn vi har sett gjennomgående med de forskjellige teoretiske perspektivene. Vi ønsker å understreke dette ved å peke på de uklare rollene de forskjellige aktørene tildeler Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet.

Gjennom avhengigheter og koordineringsmekanismer har vi fastslått at det finnes en sekvensiell avhengighet mellom kommunene og deres fagenheter. Dette gjenspeiler seg lenger opp i forvaltningshierarkiet og berører Helsedirektoratets interaksjon med Folkehelseinstituttet. Gjennom fastsatte rutiner kan vi se at Helsedirektoratet er avhengig av Folkehelseinstituttets informasjon for å beslutte tiltak. Avhengigheten mellom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet fører til at det blir uklart hvem som har ansvaret for koordinering av innsatsen ved et pandemisk utbrudd. Fordelingen av hvilke oppgaver hver etat utfører fører oss til å tolke det dit hen at Helsedirektoratet koordinerer gjennom regler, skriv, prosedyrer og rutiner. Dette kan vi knytte direkte til hierarkisk koordineringsmekanisme. Folkehelseinstituttet derimot koordinerer kunnskap og hjelper kommunen i utarbeidelse av kunnskap som hvordan håndtere en spesifikk medisinsk tilstand som for eksempel ebola.

Vi har også sett gjennom vår forskning at flere av våre respondenter er bekymret over hvilken rolle en fylkesmann kan få i en krisesituasjon. Vi har sett at flere av de vi har snakket med mener at i den rollen som fylkesmannen besitter per i dag, finnes det flere fallgruver der fylkesmannen lett kan ende opp som et forsinkende ledd eller i verste fall at informasjonen som er viktig for hendelsen ikke kommer frem til de nødvendige personene eller instansene.

Ved å se på forskjellige aspekter ved kommunikasjonen mellom kommunehelsetjenestene, både til daglig og hvordan det i praksis skal fungere ved en krisesituasjon, ser vi at rollene mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet var uklare. Dette har en naturlig forankring i at Folkehelseinstituttet har mer ressurser til å holde oppe den daglige kommunikasjonen med kommunene enn det Helsedirektoratet har. Dette fører også til at det er en uklarhet i hvor man

skal henvende seg for hva i en krisesituasjon, noe som svekker Helsedirektoratets rolle som koordinator ved eksempelvis en pandemisk situasjon.

Dette er et tema som det finnes veldig lite forskning på og enda mindre av den forskningen handler om det samfunnsmessige perspektivet ved en slik hendelse. Med den forskningen som vi nå har begynt på ser vi at Helsedirektoratets rolle som koordinator for kommunehelsetjenesten fungerer til en viss grad men har stort forbedringspotensialet. Vi ser også at kommunene vurderer både relasjonen til og kommunikasjonen mellom dem og Helsedirektoratet som bra men begrenset. Vårt bidrag med denne oppgaven er derfor å belyse at det også finnes et samfunnsvitenskapelig moment innenfor dette området, og også legge et grunnlag for videre forskning innenfor det.

### **6.1. Veien videre**

En av de faktorene som vi trekker frem som burde jobbes med i fremtiden er å få definert rollene til alle som skal være en del av beredskapen og krisehåndtering dersom en større hendelse skal inntreffe som inneholder en smittebåren trussel. Vi tenker her både på å få avklart rollen til Fylkesmannen i de enkelte kommuner, Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets rolle til daglig smittevernarbeid og ved en alvorlig hendelse. Her burde arbeidet være i samsvar med likhetsprinsippet og Folkehelseinstituttets rolle. Som tidligere nevnt er dette noe som for tiden arbeides med gjennom revidert smittevernlov og vi håper at dette er noe som kan bli avklart før heller enn siden.

### **6.2. Forslag til videre forskning**

Vi har sett under vårt arbeid at problemstilling vi valgte er veldig stor og at det er enda flere sider og faktorer som vi ikke har berørt vedrørende dette temaet. I videre forskning er det derfor mulig enten å fortsette på den veien som vi har begynt å se på nå eller man kan snevre inn problemstillingen og heller se på bare et av aspektene ved oppgaven vår. Et annet element vi skulle ønske vi hadde fått tid til var å intervju flere kommuner og derfor ha et bedre grunnlag for en komparativ analyse. Et forslag til videre forskning vil derfor være å fortsette å intervju ansvarlige for beredskap ved smittebårne trusler og se om den konklusjonen som vi har kommet fram til vil holde seg oppe selv om man øker informasjonsgrunnlaget.

En annen vei videre i forskningen på området vil være å se på hvordan spesialhelsetjenesten er forberedt og kan utnyttes bedre ved for eksempel et pandemisk utbrudd. Flere av våre

informanter har fortalt oss at enkelte kommuner inngår kostbare avtaler med sykehus og helseforetakene for å få rådgivning og hjelp med smittevernberedskapsarbeidet. Disse avtalene ble karakterisert av Helsedirektoratet som:

*«Vår tanke rundt det er at det er et brudd på det som står i spesialisthelsesloven som sier at spesialisthelsetjenesten har et veiledningsansvar overfor kommunene. Det er tvilsomt å ta seg betalt for noe som allerede er beskrevet i oppdraget.»* Det kan derfor være interessant i fremtiden å se på en eventuell effekt man kan hente ut av tettere samarbeid mellom kompetansesentrene som finnes i de forskjellige regionene på smittevern og kommuneoverleger i disse regionene.

Det finnes flere stier å gå for å fortsette på vår forskning eller starte en egen forskning ut fra de funnene som vi har gjort. Ytterligere forskning på dette mener vi derfor ikke bare er relevant og interessant, men har også mulighet for å bli ekstremt viktig i fremtiden. Som en av våre informanter sa *«det er ikke et spørsmål om pandemien kommer, det er et spørsmål om når.»*

## Referanser

- Beck. (1999). *World risk society*. Cambridge: Polity Press.
- Beck, U. (1997). *Risiko og frihet*. Bergen: Fagbok forlaget.
- Bouckaert, G. B., Peters, G., & Verhoest, K. (2010). *The coordination of public sector organizations*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012, Mai 18). Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition. Hentet Januar 24, 2018 fra <https://www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2016, Juni). *Cdc.gov*. Hentet September 6, 2017 fra <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/pdf/cdcs-ongoing-work.pdf>
- Corbin, J., & Strauss, A. (1990). Grounded Theory Research: Procedures. *Qualitative Sociology, Vol. 13, No. 1, 1990*. Hentet april 26, 2018 fra <http://med-fom-familymed-research.sites.olt.ubc.ca/files/2012/03/W10-Corbin-and-Strauss-grounded-theory.pdf>
- Fimreite, A. L., Lango, P., Lægreid, P., & Rykkja L, H. (2014). *Organisering, samfunnssikkerhet og krisehåndtering*. (A. L. Fimreite, Red.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Furevik, E. (2012). *Sivilbeskyttelsesloven – en praktisk og juridisk veileder*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Glaser, G. B., & Strauss, L. A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory - Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick: AldineTransaction. Hentet April 8, 2018 fra [file:///C:/Users/Aleksander/Documents/H%C3%B8gskolen/Bacheloroppgave/Glaser\\_1967.pdf](file:///C:/Users/Aleksander/Documents/H%C3%B8gskolen/Bacheloroppgave/Glaser_1967.pdf)
- Hafting (red), T. (Kaptittel 1, 2017). *Krisehåndtering - planlegging og handling*. (T. Hafting, Red.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Hafting, T. (Kapittel 5, 2017). *Krisehåndtering - planlegging og handling*. (T. Hafting, Red.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2013). *Beredskap mot pandemisk influensa (Melding til Stortinget 2012-2013)*. Hentet Januar 22, 2018 fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/a7c7e93dbe8f44d2a8fe892768e429c5/no/pdfs/stm201220130016000dddpdfs.pdf>

Hjertø, K. B. (2015). *Team*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helseberedskapsloven. (2001). Lov om helsemessig og sosial beredskap LOV-2000-06-23-56. Hentet Januar 8: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56>

Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg.). Oslo: Fagbokforlaget.

Johannessen, A., Tufte, A. P., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til vitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.

Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Løvik, K. (2017). *Øvelse gjør mester - planlegging, kommunikasjon og gjennomføring av øvelser*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Malone, W. T., & Crowston, K. (1993, Mars 26). The Interdisciplinary Study of Coordination. *ACM Computing Surveys*, 87-119. Hentet Desember 18, 2017 fra <http://ccs.mit.edu/papers/CCSWP157.html#RTFToC1>

Mamelund, S.-E., & Iversen, B. G. (2000, Februar 3). Sykelighet og dødelighet ved pandemisk influensa i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. Hentet Januar 14, 2018 fra <file:///C:/Users/Aleksander/Downloads/sykelighet-og-dodelighet-ved-pandemisk-influensa-i-norge.html>

Mintzberg, H. (1980, Mars). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design. *Management Science*, Vol. 26, No. 3, ss. 322-341. Hentet april 20, 2018 fra <http://www.jstor.org/stable/2630506>

Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet - fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data - Methodes for Analyzing talk, text and interaction*. London: Sage.



Snook, S. A. (2002). *Friendly fire - the accidental shootdown of U.S. Black hawks over northern Iraq*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Smittevernloven. (1994). Lov om vern mot smittsomme sykdommer LOV-1994-08-05-55. Hentet Januar 10: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>

Wilton, P. (1993, Juni 1). Spanish flu outdid WWI in number of lives claimed. *Canadian Medical Association Journal*, ss. 2036-2037. Hentet 14, 2018 fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1485864/pdf/cmaj00267-0190.pdf>